

|  |                                   |                    |                       |
|--|-----------------------------------|--------------------|-----------------------|
| Nombre del paciente<br><i>Patient name</i> |                                   |                    |                       |
| MHN<br><i>MHN</i>                          | Fecha de nacimiento<br><i>DOB</i> | Edad<br><i>Age</i> | Sexo<br><i>Gender</i> |

**Restricciones Por Paciente**

## Solicitud de Divulgación de Información

### **Release of Information Request - Restrictions by Patient**

Página 1 de 2

Page 1 of 2

Fecha de la solicitud (mes/día/año) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*Request date (month/day/year)*

Dirección del paciente \_\_\_\_\_  
*Patient address*

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
*City State ZIP*

### Qué es necesario restringir

#### **What needs to be restricted**

Explique de qué manera desea que restrinjamos el uso o la divulgación de su información de salud para llevar a cabo el tratamiento, el pago o los servicios médicos.

*Explain how you wish us to restrict uses or disclosures of your health information to carry out treatment, payment or health care operations.*

Explique de qué manera desea que restrinjamos la divulgación de su información de salud a:

*Explain how you wish us to restrict disclosures of your health information to:*

- un miembro de su familia u otra persona que usted indique que está involucrada en su atención médica o en el pago de su atención médica  
*your family member or other person identified by you as being involved in your care or payment for your care*
- una persona u organización a los efectos de la ayuda en caso de desastres  
*a person or organization for disaster relief purposes*

**Comprendo que Marshfield Clinic Health System no tiene la obligación de aceptar mi solicitud de restringir el uso y la divulgación de mi información de salud.**

***I understand that Marshfield Clinic Health System is not required to agree to my request to restrict uses and disclosures of my health information.***

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente (Representante legal del paciente)  
*Patient signature (Patient's legal representative)*

\_\_\_\_\_  
 (Relación con el paciente)  
*(Relationship to patient)*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Fecha de firma (m/d/a)  
*Signature date (m/d/y)*

\_\_\_\_\_  
 Número de teléfono  
*Phone number*

**Envíe la solicitud completa a: Release of Information, Marshfield Clinic Health System, 1000 N. Oak Ave., Marshfield, WI 54449**  
**Fax: 715-221-6992 Correo electrónico: [medicalrecords@marshfieldclinic.org](mailto:medicalrecords@marshfieldclinic.org)**  
**Forward completed request to: Release of Information, Marshfield Clinic Health System, 1000 N. Oak Ave., Marshfield, WI 54449**  
**Fax: 715-221-6992 E-mail: [medicalrecords@marshfieldclinic.org](mailto:medicalrecords@marshfieldclinic.org)**

**Restricciones Por Paciente**

**Solicitud de Divulgación de Información (Continuación)**

|  |                   |                                   |                    |                       |
|--|-------------------|-----------------------------------|--------------------|-----------------------|
| Nombre del paciente<br><i>Patient name</i> | MHN<br><i>MHN</i> | Fecha de nacimiento<br><i>DOB</i> | Edad<br><i>Age</i> | Sexo<br><i>Gender</i> |
|--|-------------------|-----------------------------------|--------------------|-----------------------|

**FOR MARSHFIELD CLINIC HEALTH SYSTEM INTERNAL USE ONLY**

Date received (m/d/y) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Accepted     Denied

If denied, check reason for denial:

- PHI was not created by Marshfield Clinic Health System
- PHI cannot be restricted for quality and continuity of care reasons
- Request is for restriction of uses or disclosures of PHI for purposes other than treatment, payment or health care operations
- Request is for restriction of disclosures of PHI for other than 164.510(b) purposes

Comments:

- Individual was informed of denial in writing (attach letter of communication)

Signature/Title of staff member \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Date (month/day/year)