

Nombre del paciente <i>Patient name</i>			
MHN <i>MHN</i>	Fecha de nacimiento <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <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 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 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 Medical Information, Marshfield Clinic, 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 Medical Information, Marshfield Clinic, 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 <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	Fecha de nacimiento <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------------------	--------------------	-----------------------

<b>PARA USO INTERNO DE MARSHFIELD CLINIC ÚNICAMENTE FOR MARSHFIELD CLINIC INTERNAL USE ONLY</b>	Date received (month/day/year) ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Accepted <input type="checkbox"/> Denied	
If denied, check reason for denial:	
<input type="checkbox"/> PHI was not created by Marshfield Clinic	
<input type="checkbox"/> PHI cannot be restricted for quality and continuity of care reasons	
<input type="checkbox"/> Request is for restriction of uses or disclosures of PHI for purposes other than treatment, payment or health care operations	
<input type="checkbox"/> Request is for restriction of disclosures of PHI for other than 164.510(b) purposes	
Comments:	
<input type="checkbox"/> Individual was informed of denial in writing (attach letter of communication)	
Signature/Title of staff member _____	Date (month/day/year) ____ / ____ / ____