

**SOLICITUD PARA RESTRINGIR EL USO DE
INFORMACION CONFIDENCIAL**

APELLIDO DEL PACIENTE		PRIMER NOMBRE	INICIAL
NUMERO DEL CASO			
CENTRO		UNIDAD	

INSTRUCCIONES: DARLE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO AL PACIENTE! PREPARAR UNA (1) COPIA PARA EL HISTORIAL DEL PACIENTE.

SOLICITUD PARA RESTRINGIR EL USO INTERNO DE INFORMACION

RESTRICCION SOLICITADAD
CUAL INFORMACION:
INDIVIDUO A QUIEN LA INFORMACION DEBE SER RESTRINGIDA:
RAZON POR RESTRICCION

Yo, que suscribo abajo, pido que el uso de mi informacion medica/documentos sea restringida como indica arriba. Yo comprendo que el centro puede negar mi solicitud con causa.

(Firma del Paciente)

(Firma del Pariente/Guardian, cuando sea requerido)

(Nombre del Paciente en letra de Molde)

(Nombre del Pariente//Guardian, en letra de Molde)

(Fecha)

(Fecha)

Accion tomada por el Centro:

Solicitud Aprobada.

Solicitud Negada. Razon de Negacion:

El uso de la informacion es esencial para la provision del tratamiento del paciente.

Otra razon. Explique: _____

Director/Asistente al Director

Fecha