



Solicitud para Restringir las Divulgaciones sobre la Información de la Salud

Por favor complete y regrese este formulario a una oficina del Departamento de Salud y Bienestar.

We provide interpreter services at no cost. Call 2-1-1 or 1-800-926-2588 for interpretation assistance.
Proveemos servicios de intérprete sin costo alguno. Llame al 2-1-1 ó al 1-800-926-2588 para obtener la ayuda de un intérprete.

Nombre del Cliente _____ Fecha de Nacimiento del Cliente _____
(Primer Nombre, Segundo, Apellido)

Dirección del Hogar del Cliente _____

Dirección para el Correo del Cliente (si es diferente) _____

Teléfono del Cliente _____

Nombre del Solicitador (si no es el cliente) _____

Teléfono del Solicitador _____ Número de Fax del Solicitador (opcional) _____

Por favor anote a dónde le gustaría que enviemos nuestra respuesta a su pedido.

Nombre _____

Dirección _____

La información de la salud que me gustaría restringir y no divulgar es: _____

La persona o el negocio que no quiero que reciba la información es: _____

El período de tiempo que quiero que esta restricción esté en efecto es: _____

Si el Departamento acuerda en llevar a cabo su solicitud, nosotros la cumpliremos a menos que la información sea necesaria para darle tratamiento o hasta que usted anule la restricción.

Yo entiendo que puedo solicitar la anulación de esta restricción a cualquier hora al completar y someter el formulario apropiado al Departamento. El formulario de la Solicitud para Anular la Restricción sobre la Información de la Salud está disponible en las oficinas del Departamento.

El Departamento le avisará por escrito si no puede responder a su solicitud dentro de 10 días.

Si esta solicitud está siendo hecha por otra persona y no por el sujeto de la información, por favor describa y provea documentación de su autoridad para solicitar la restricción de divulgaciones sobre la información de la salud para esa persona _____

Su firma _____ Fecha de la solicitud _____

Su firma debe ser notariada si somete esta solicitud por correo o por fax.

Yo, _____ siendo un Notario Público, por la presente certifico que en este día _____ de _____, de 20____, la persona de arriba, siendo primero debidamente jurada, apareció ante mí y firmó el previo documento.

Firma del Notario Público

Notario Público residiendo en _____
Mi comisión expira _____

For DHW Office use only

ID Provided _____

Form Complete _____

Authority:

Accessing own records _____

Documentation Attached _____

Not Required _____