

PETICIÓN DE RESTRICCIÓN PARA LA UTILIZACIÓN Y REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (IPS)

Al llenar este formulario, usted está pidiendo que se consideren las siguientes restricciones como limitaciones a la utilización y revelación, de su IPS, por la UTMB. Si concedemos su pedido, estamos obligados por los términos del acuerdo. A usted se le notificará por escrito de la decisión de UTMB de aceptar o denegar su petición de restricción. Hasta que se llegue a una decisión, no se aceptará su petición para restricción.

Restricciones Pedidas:
(Por favor proporcione
detalles específicos y
fechas)

Nombre del Paciente en letras de
imprenta:

Dirección del Paciente (la
dirección donde quisiera nos
comuniqemos con usted):

Firma del Paciente o
Representante Personal:

Fecha:

Parentesco con el Paciente (si es
aplicable):

SÓLO PARA USO DE LA UTMB

Dirija este formulario a Servicios del paciente después de que la persona haya llenado el formulario: Patient Services, 301 University Boulevard, Galveston, Texas 77555-0306

UTMB: Acepta Deniega

Firma de la UTMB: _____ Fecha: _____

SI NO ESTÁ DISPONIBLE LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
ESCRIBA EL NOMBRE DEL PACIENTE Y EL No. UH EN EL ESPACIO A CONTINUACIÓN

PETICIÓN DE RESTRICCIÓN PARA LA UTILIZACIÓN Y REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (IPS)

Formulario 7076-3/03 del Registro Médico
**Hospitales de la División de Medicina de la
Universidad de Texas
Galveston, Texas**

Registro Médico - Original

UTMB FORMS MGT. (409) 747-8001 STRICTLY PROHIBITS DUPLICATION, REPRODUCTION OR CHANGES TO THIS FORM.