



SOLICITUD DE RESTRICCIONES SOBRE EL USO Y/O DIVULGACIÓN DE MI EXPEDIENTE MÉDICO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____

Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y/o divulgaciones de mi expediente médico por parte de Women's Health Associates of Southern Nevada, PLLC.

Solicito que se restrinja el uso y/o divulgación de mi expediente médico de la siguiente manera:

Entiendo que WHASN puede denegar esta solicitud en su totalidad o en parte basándose en el juicio profesional de WHASN.

Si se concede esta solicitud de restricciones sobre ciertos usos y/o divulgaciones de mi historial médico, en su totalidad o en parte, entiendo que puedo cancelar esta restricción en cualquier momento notificando a WHASN. También entiendo que WHASN puede terminar esta restricción en cualquier momento después de que WHASN me notifique de la terminación.

Nombre del paciente

Firma del paciente/Agente de atención médica/Tutor/Familiar

____ / ____ / ____
Fecha

Descripción de la autoridad del representante personal