



## SOLICITUD DE LIMITACIONES Y RESTRICCIONES DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA CONCERNIENTE A LA SALUD

**NOTIFICACIÓN AL (A LA) PACIENTE:** NO SE REQUIERE QUE LA INSTITUCIÓN ACCEDA A SU SOLICITUD. POR FAVOR, PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE ESTE TIPO DE SOLICITUDES, REMÍTASE A NUESTRA NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.

Nombre del (de la) paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del (de la) paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tipo de información protegida concerniente a la salud (IPS), que debe restringirse o limitarse:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿De qué manera desearía que se restringiera su IPS?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del (de la) paciente o de su representante legal

Fecha

Si es su representante, indique su relación con el (la) paciente: \_\_\_\_\_

Rev. 01/04