



## SOLICITUD PARA LA RESTRICCIÓN DE USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Propósito: Este formato se usa para solicitar la limitación del uso o divulgación de información del individuo que solicita la restricción.

### **SECCIÓN A: Persona que solicita la restricción de uso o divulgación de información:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de récord médico: \_\_\_\_\_

### **AL SOLICITANTE: Favor de leer el siguiente texto y completar la información solicitada.**

Usted tiene derecho a solicitar que nosotros limitemos el uso o divulgación de su información. Nosotros no estamos obligados a aceptar su petición. Si aceptamos honrar su petición, ésta se hará por escrito. Nosotros, a pesar de nuestro acuerdo, podremos usar o divulgar cualquier información que ha sido limitada cuando sea necesario en caso de emergencia, o cuando sea requerida o autorizada por ley.

Tanto usted como nosotros podemos terminar este acuerdo de limitación en cualquier momento mediante notificación escrita. Si está de acuerdo con nuestra decisión de terminar el acuerdo, su información ya no estará sujeta a la restricción. Si Salus unilateralmente termina la restricción, la terminación será prospectiva. Esto se aplicará a la información creada o recibida por nosotros después de la fecha de efectividad de la terminación notificada.

### **SECCIÓN B: Limitación solicitada.**

Favor de especificar qué información usted desea limitar su uso o divulgación.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Favor de indicar la limitación que usted desea imponer a la información.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **FIRMA DE LA PERSONA. USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA PETICIÓN**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si este documento es firmado por un representante personal a nombre del asegurado, indique:

Nombre del Representante Personal: \_\_\_\_\_

Relación con la persona: \_\_\_\_\_