



# Protected Health Information Información de Salud Protegida



## Patient Request for Restrictions Regarding Protected Health Information (PHI) (Paciente Solicitud de Normas de Información de Salud Protegida)

Patient Name (*Nombre del Paciente*): \_\_\_\_\_

Date of Birth (*Fecha de Nacimiento*): \_\_\_\_\_

**Receipt of Notice of Privacy Practices Obtained**

(*Recibo del Aviso de Practicas de Privacidad Obtenido*)? Yes (Si)  No  Date (*Fecha*): \_\_\_\_\_

**For your protection, please list individuals whom you are granting access to your health information.  
(Para su protección, a liste las personas a quien se le dan acceso a su información de salud.):**

Print Name ( <i>Nombre</i> )	Relationship ( <i>Relación</i> )	Telephone ( <i>Teléfono</i> )
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Restriction(s) Requested by Patient (Approved by the Organization)**

(*Restricción(s) Solicitada por el Paciente (Aprobado por el Organización)*):

**For your protection, please list any restrictions for communicating your health information.**

(*Para su protección, por favor indique cualquier restricción para la comunicación de su información de salud.*):

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

Organizational Restriction(s) Approved (*Restricción(s) de Organización Aprobó*)? Yes (Si)  No

I understand that the access granted and restrictions listed above will apply until I officially request a change (*Yo entiendo que el acceso concedido y las restricciones mencionadas anteriormente se aplicaran hasta que oficialmente solicitar un cambio.*).

Yes (Si)  No

\_\_\_\_\_  
Patient/Legal Guardian Signature (*Paciente/Tutor Legal Firma*) \_\_\_\_\_ Date (*Fecha*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Witness Print (*Firma de Testigo*) \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_