

Solicitud para restringir la privacidad en el uso o divulgación de información médica protegida

Rellene todos los campos que le correspondan de la manera más específica y clara posible. El formulario relleno puede enviarse al equipo de HISM por correo electrónico a **HISM@wellpower.org**, por fax a **(303) 504-6504**, por correo postal/en persona a **4141 E. Dickenson Pl. (Office 170), Denver, CO 80222 – Atención: HISM**. Si tiene preguntas, llame al (303) 504-6510.

Información de la persona a la que servimos

Por favor, complete la siguiente información acerca de la persona que es el sujeto de la información de salud protegida.

Nombre: _____ S.N.: _____ Apellido: _____

ID WellPower: _____ Fecha de nacimiento: _____ (mm/dd/aaaa)

Información del solicitante

Si usted presenta la solicitud en nombre de la persona que recibe los servicios, por favor, rellene sus datos a continuación.

NOTA: Se debe proporcionar la documentación que acredite su autoridad legal para realizar esta solicitud, si no está ya archivada. Dejar en blanco si no procede.

Nombre: _____ S.N.: _____ Apellido: _____

Organización: _____ Relación: _____

Su información de contacto

Dirección: _____ Ciudad, Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Descripción de la restricción de privacidad solicitada

Queda entendido y acordado que si WellPower recibe u obtiene una autorización firmada u otra solicitud de divulgación de información, respetará la autorización o divulgación, independientemente del acuerdo de restricción adicional.

Estas restricciones no se aplican a las divulgaciones requeridas por la ley, a las divulgaciones a la persona en servicios o a su representante personal, a las divulgaciones relacionadas con delitos ocurridos en una propiedad de WellPower y/o contra el personal, a las divulgaciones a otros proveedores de atención médica relacionadas con una emergencia médica, o a las divulgaciones necesarias para evitar una amenaza grave o la seguridad ante emergencias.

X _____
Firma del solicitante

Fecha de la firma

For WellPower Use Only

Granted

Denied

Unable to accommodate requested restriction(s) due to impact on operations, as described below:

Reviewed by: _____ Reviewed Date: _____

X _____
Signature of reviewer Title