

**SOLICITUD PARA RESTRICCIÓN DE USO Y/O DIVULGACIÓN  
DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD**

Nombre del Afiliado: \_\_\_\_\_  
(Letra de Molde)

Número de Contrato: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfonos: Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Indique específicamente qué Información Protegida de Salud desea que se restrinja:

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

Entiendo que una divulgación de Información Protegida de Salud puede ser requerida por Ley ante ciertas situaciones. Como, por ejemplo: el reporte de enfermedades contagiosas, maltrato de menores, violencia doméstica, intento de suicidio, seguridad nacional, etc.

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente certifico mi solicitud de restricción.  
Nombre del Afiliado (Letra de Molde)

\_\_\_\_\_  
Firma de Afiliado o Representante Autorizado Fecha

\_\_\_\_\_  
Representante Unidad de Privacidad Firma Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo (De ser necesario) Firma Fecha

Para Uso de la Unidad de Privacidad Solamente:

\_\_\_\_ Solicitud Aceptada  
\_\_\_\_ Solicitud Denegada Razón: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Se notificó al Afiliado Fecha: \_\_\_\_\_

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje (incluyendo sus anejos) es solamente para el uso del destinatario arriba indicado y puede contener información confidencial y/o legalmente privilegiada. Si usted no es el destinatario indicado, queda notificado que cualquier uso, divulgación, o distribución de su contenido está estrictamente prohibido. De haber recibido este mensaje por error, favor de notificarlo al contacto indicado en el documento y destruir el mensaje original y todas las copias del mismo.