

**SOLICITUD PARA TERMINACIÓN DE SU RESTRICCIÓN AL 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: _____ Otro: _____

Indique específicamente cuál restricción de Información Protegida de Salud será terminada:

Entiendo que una divulgación de Información Protegida de Salud puede ser requerida por Ley ante ciertas situaciones. 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 terminación 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.