



Place Patient Label Here

Pedido del / la Paciente para la Restricción de Usos y Revelación de Información

Nombre del / la Paciente: Fecha de Nacimiento: Número de Expediente Médico:

Solicito que el Servicio de Salud de Samaritano limite el uso y la liberación de mi información médica

Antes de firmar este pedido, por favor tenga en cuenta que: SHS lo considerará, pero no está obligado, por la ley, a acceder a este pedido.

Los Derechos que Usted Tiene Cuando Solicita La Restricción de Su Información:

- Usted tiene derecho a pedir restricciones sobre los usos y revelaciones de su información médica.
Usted tiene derecho a recibir respuesta a este pedido dentro de los 60 días.
Su pedido y la respuesta de SHS pasarán a ser parte de su expediente médico.
Si SHS accede a su pedido, las restricciones motivo del acuerdo serán cumplidas excepto en ciertas circunstancias.
Usted puede solicitar la terminación de esta restricción.
SHS puede terminar el acuerdo para la restricción si le informamos que se le está dando término.

Su Derecho a Presentar una Queja de Privacidad:

Las personas pueden presentar quejas de privacidad ante el Oficial de Privacidad de SHS o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de U.S., Oficina de Derechos Civiles.

Samaritan Health Services, Inc.
Attention: Privacy Officer
3600 NW Samaritan Drive
Corvallis, Oregon 97330
Phone: (541) 768-2165
Email: privacy@samhealth.org

Office for Civil Rights, Region X
U.S. Department of Health and Human Services
2201 Sixth Avenue - Mail Stop RX-11
Seattle, Washington 98121-1831
Phone: (206) 615-2290

Solicito que la siguiente información médica sea limitada en cuanto a su uso o revelación (sea específico/a):

Blank lines for patient information restriction details.

Solicito que se imponga la siguiente restricción en cuanto a comunicar mi información médica a los siguientes individuos o entidades (sea específico/a):

Blank lines for communication restriction details.

Firma del / la paciente:

Firma de la persona autorizada por ley a firmar por el paciente:

Fecha:

Relación con el / la paciente:

Testigo:

Fecha:

SHS Use only: Privacy Officer review and comments: [] Agree with request [] Disagree with request. Comments below: SHS Privacy Officer signature Time and Date signed

