

---

## Solicitud de restricción de uso y divulgación

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

### Paciente/Persona

Nombre                                      Inicial del segundo nombre                                      Apellido                                      Fecha de nacimiento

---

Número de teléfono (con código de área)

Dirección de correo electrónico (opcional)

---

### Solicitante (si es diferente del paciente/persona)

Para que un tercero pueda realizar una solicitud en nombre del paciente, es preciso que conste en el expediente un permiso/documentación por escrito.

Nombre                                      Apellido                                      Relación con el paciente

---

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico (opcional)

---

### Tipo de restricción y período

Solicito a Alpine Health que restrinja la comunicación y/o el uso y la divulgación de mi información médica tal y como se explica a continuación:

---

### Su derecho a solicitar restricciones

- Usted tiene derecho a solicitar restricciones en la comunicación y/o el uso y la divulgación de su información médica personal que se encuentra en los archivos de Alpine Health.
- Consideraremos su solicitud, pero no estamos obligados a aceptarla. Le notificaremos nuestra decisión. Su solicitud y la respuesta se conservarán en su expediente.
- Si Alpine Health acepta su solicitud, la información restringida no se utilizará ni divulgará.

### Revisar y firmar

Declaro que he leído toda la información de este formulario.

**Firma de la persona o del representante legalmente autorizado de la persona**

**Fecha**

X \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Envíe este formulario completado por correo postal o correo electrónico a:

Attn: Privacy Officer  
Physician Health Partners  
PO Box 13406  
Denver, CO 80202-9998

[Privacy@Alpine-Physicians.com](mailto:Privacy@Alpine-Physicians.com)