

# Request to Withhold Public Release of Information

---

Name of Patient: \_\_\_\_\_

- I do not want any information about me, including my general medical condition and my location within the hospital, to be made available to the public. I understand the hospital cannot effectively screen the identity of persons making inquiries, so this prohibition extends to all callers, which may include family, friends and clergy.
- I do not want my name or religious affiliation given to a member of the clergy, such as a priest or rabbi, if they do not ask for me by name.

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ AM / PM

Signature: \_\_\_\_\_  
*(patient/legal representative)*

If signed by other than patient, indicate relationship: \_\_\_\_\_

Print name: \_\_\_\_\_  
*(legal representative)*

# Solicitud Para Prohibir la Divulgación de Información al Público

---

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

- No deseo que ninguna información acerca de mí, incluso mi condición médica general y mi ubicación dentro del hospital esté a disposición del público. Entiendo que el hospital no puede efectuar una identificación sistemática eficaz de las personas que hacen indagaciones, por lo tanto esta prohibición se extiende a todas las personas que llamen, lo cual puede incluir a mis familiares, amigos y clero.
- No deseo mi nombre o afiliación religiosa dada a un miembro del clero, tal como un sacerdote o un rabbi, si él no pide mí por nombre.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(paciente o representante legal)

Si no lo firma el paciente, indique la relación con éste: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(representante legal)