

Termination of Special Restriction

Date: _____

Patient name: _____

The patient named above requested a special restriction on the use or disclosure of protected health information on *(date)* _____.

- The patient hereby requests that the special restriction be terminated.

Signature: _____
(patient/legal representative)

If signed by someone other than patient, indicate relationship: _____

Print name: _____
(legal representative)

- The patient hereby agrees to the termination of the special restriction.

Signature: _____
(patient/legal representative)

If signed by someone other than patient, indicate relationship: _____

Print name: _____
(legal representative)

- The patient or legal representative orally agreed to the termination.

Signature: _____
(hospital representative who witnessed the oral agreement)

Print name: _____
(legal representative)

- [Insert hospital name] is hereby informing you that the agreement is terminated. The termination is effective only with respect to PHI created or received by us after you have received this notification

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(hospital representative)

Print name: _____
(hospital representative)

(over)

For more information about your privacy rights, see the “Notice of Privacy Practices” available on our website at [insert web address] or at [insert department name] at [insert hospital name] or by sending a written request to [insert address].

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with the hospital or with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services. To file a complaint with the hospital, contact [insert the name, title, and phone number of the contact person or office responsible for handling complaints]. All complaints must be submitted in writing.

You will not be penalized for filing a complaint.

Cancelación de la Limitación Especial

Date: _____

Patient name: _____

El paciente indicado anteriormente ha solicitado una limitación especial para el uso o divulgación de información médica protegida el día (date) _____.

- Por medio del presente el paciente solicita la cancelación de dicha limitación especial.

Firma: _____
(paciente o representante legal)

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

Nombre en letra de imprenta: _____
(representante legal)

- Por medio del presente el paciente está de acuerdo con la cancelación de la limitación especial.

Firma: _____
(paciente o representante legal)

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

Nombre en letra de imprenta: _____
(representante legal)

- El paciente o representante legal estuvo de acuerdo verbalmente con la cancelación.

Firma: _____
(representante del hospital que actuó como testigo del acuerdo verbal)

Nombre en letra de imprenta: _____
(representante del hospital que actuó como testigo del acuerdo verbal)

- Por medio del presente el [insert hospital name] le informa que el acuerdo ha sido cancelado. La información tiene vigencia sólo con respecto a la información médica protegida que haya sido creada o recibida por nosotros después de que haya recibido este aviso.

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(hospital representative)

Print name: _____
(hospital representative)

(sobre)

Para obtener más información acerca de sus derechos de confidencialidad, lea “Notice of Privacy Practices” disponible en nuestra sede en la red en [insert web address] o en el [insert department name] del [insert hospital name] o puede enviarnos una solicitud por escrito a [insert address].

Si usted considera que se han transgredido sus derechos de confidencialidad, puede presentar una queja en el hospital o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para presentar una queja en el hospital, debe comunicarse con [insert the name, title, and phone number of the contact person or office responsible for handling complaints]. Todas las quejas deben presentarse por escrito.

No se le aplicarán sanciones por presentar una queja.