CREIGHTON UNIVERSITY
SOLICITUD DE USO Y DIVULGACIÓN RESTRINGIDOS DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Este formulario debe ser completado y enviado a: University Privacy Officer, Creighton University, 2500 California Plaza, Omaha, NE 68178. Se aceptan facsímiles en el (402) 280-3859. Las imágenes escaneadas pueden ser enviadas a privacy@creighton.edu.

A. **Paciente.** Por este medio solicito atentamente que Creighton University modifique el expediente de salud del siguiente paciente:

NOMBRE _____ **FECHA NAC.** _____

DIRECCIÓN _____ **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL** _____

B. **Expediente a ser restringido:** Departamento cuyo expediente se solicita modificar (marque todas las opciones que correspondan):

- ❑ Creighton Dental Clinic
- ❑ Creighton Pediatric Therapy
- ❑ Creighton Specialty Pediatrics
- ❑ Creighton Clinic Pharmacy
- ❑ Creighton Therapy and Wellness

C. **Restricción solicitada**. Por este medio solicito la siguiente restricción aplicada a las divulgaciones del expediente de salud del paciente:

_____

_____

_____

_____

D. **Caducidad**. El abajo firmante solicita que la restricción: ☐ caduque en fecha (indicar fecha) _____

☐ no caduque.

E. **Reconocimiento.** El abajo firmante reconoce lo siguiente:

- Creighton University debe expresar por escrito su acuerdo con la petición antedicha antes de que esta solicitud entre en vigencia y efecto.
- Si Creighton University acepta la solicitud, la restricción no se aplicará a los usos o divulgaciones realizadas por Creighton University antes de la Fecha de Vigencia.

Creighton University se reserva el derecho de cancelar cualquier acuerdo de restringir el uso o divulgación de la información y en ese caso se lo notificará oportunamente. Dicha notificación de cancelación solo será efectiva con respecto a la información de salud que Creighton haya creado o recibido después de la fecha de vigencia de la notificación de cancelación.

F. **Reconocimiento.** Mediante mi firma a continuación, reconozco la exactitud de la información proporcionada anteriormente.

_____ _____
Firma del paciente/ Representante personal Fecha

_____ _____
Parentesco entre el representante y el paciente (si es aplicable) Nombre del representante en letra de imprenta