FAMILY | health | CENTERS, INC.

Protected Health Information
Información de Salud Protegida

Patient Request for Restrictions Regarding Protected Health Information (PHI)
(Paciente Solicitud de Normas de Información de Salud Protegida)

Patient Name (*Nombre del Paciente*): _____

Date of Birth (*Fecha de Nacimiento*): _____

Receipt of Notice of Privacy Practices Obtained
(*Recibo del Aviso de Practicas de Privacidad Obtenido*)? Yes (*Si*) ☐ No ☐ Date (*Fecha*): _____

For your protection, please list individuals whom you are granting access to your health information.
(*Para su protección, a liste las personas a quien se le dan acceso a su información de salud.*):

Print Name (*Nombre*)	Relationship (*Relación*)	Telephone (*Teléfono*)

Restriction(s) Requested by Patient (Approved by the Organization)
(*Restricción(s) Solicitada por el Paciente* (*Aprobado por el Organización*)):

For your protection, please list any restrictions for communicating your health information.
(*Para su protección, por favor indique cualquier restricción para la comunicación de su información de salud.*):

_____

_____

_____

Organizational Restriction(s) Approved (*Restricción(s) de Organización Aprobó*)? Yes (*Si*) ☐ No ☐

I understand that the access granted and restrictions listed above will apply until I officially request a change (*Yo entiendo que el acceso concedido y las restricciones mencionadas anteriormente se aplicaran hasta que oficialmente solicitar un cambio.*).
Yes (*Si*) ☐ No ☐

Patient/Legal Guardian Signature (*Paciente/Tutor Legal Firma*)	Date (*Fecho*)

Witness Print (*Firma de Testigo*)	Signature	Date