|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ou-logo | **Universidad de Oklahoma** |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| Enviar Aprobación a: :  |
| [X] | Facturación |
| **[ ]**  |  |
| **[ ]**  |  |

**Revocación de la Solicitud de Restricciones sobre el Uso y Divulgación de**

**Información Protegida de Salud—Centro de Ciencias de Salud**

**Revocation of Request for Restrictions on Use and Disclosure of**

**Protected Health Information – Health Sciences Center**

|  |
| --- |
| Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por la presente revoco mi Solicitud de Restricciones sobre el Uso y Divulgación de Información Protegida de Salud, vigente a partir de la fecha de la firma del presente documento. Entiendo que el procesamiento de mi Revocación puede demorar hasta dos semanas. Entiendo que esta Revocación aplica a todas las Solicitudes de Restricciones que pude haber concedido a los departamentos o prestadores del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Oklahoma. |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **Firma del Paciente, Padre, o Representante Legal Autorizado\*** |  | **Relación con el Paciente** |  | **Fecha** |

 **\*Se podrá solicitar la documentación que acredite la representación legal.****.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Para Uso Exclusivo de la Clínica:🞏 Revocación Procesada por  |
|  |  |  |  |  |
| Firma del/a Clínica/Departamento |  | Cargo | Fecha de Procesamiento de Solicitud |

University of Oklahoma Health Sciences Center, University Privacy Official, P. O. Box 26901, Oklahoma City, OK 73129