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

**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 Restricción 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 documentación que lo acredite como representante legal.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Para Uso Exclusivo de la Clínica: |
|  Aprobación de Copia para: |
|  | [X] | Facturación |
|  | **[ ]**  |  |
|  | **[ ]**  |  |
|  |  |  |
| [ ]  Revocación Procesada por:  |
|  |  |       |  |       |
| Firma del/a Clínica/Departamento |  | Cargo |  | Fecha de Procesamiento de Solicitud |