|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | | | |