

# Request to Exercise Privacy Rights

Fecha \_\_\_\_\_ Número de Record Médico \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Este formulario le permite a usted ejercitar sus derechos de privacidad bajo la ley federal. **Usted tiene derecho a solicitar:**

- Que le llamemos en privado para discutir su información médica**
- Cambiar la información que usted considere incorrecta**
- Limitar la publicación de su información a otras personas**
- Obtener la lista de personas y lugares a quienes hemos enviado su información**

**Instrucciones:**

1. Por favor marque la(s) casilla(s) de arriba para hacer su solicitud(es)
2. Por favor déjenos saber algunos detalles abajo descritos, como por ejemplo:
  - a. ¿Cómo y cuándo le podemos contactar (ejemplo: en su trabajo, vía fax o por correo)?
  - b. Información que usted piensa que está incorrecta en su expediente
  - c. ¿A quien no desea usted que se le dé su información y/o qué información debe ser restringida?
  - d. Fechas de las visitas que son afectadas por su pedido
  - e. Cuales instituciones de Novant están involucradas

**Comuníquese con la Oficina de Privacidad de Novant al 800-473-6610 Ext 49829 si tiene preguntas.**

---

---

---

---

|                |             |                                      |             |
|----------------|-------------|--------------------------------------|-------------|
| Paciente _____ | Fecha _____ | Representante Legal/Parentesco _____ | Fecha _____ |
|----------------|-------------|--------------------------------------|-------------|

**For Office Use Only**

Request Granted       Request Granted in Part. (Explain) \_\_\_\_\_

Request Denied (Explain) \_\_\_\_\_

Supervisor/Manager/Designee Signature-Title \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Restrictions ended, effective immediately

Supervisor/Manager/Designee Signature-Title \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Patient/ Legal Representative Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

If limited English proficient or hearing impaired, offer interpreter at no additional cost:

Interpreter Accepted \_\_\_\_\_  Interpreter Refused

(Name/Number of Person/Services Chosen/Used)



**Permiso para Ejercer Derechos de Privacidad  
Request to Exercise Privacy Rights**

