



## Cambio de Estado de Comunicación Verbal Confidencial Y Restricción

\*\* Esto es solo para utilizarse para actualizar un solicitud de Comunicación Verbal Confidencial Y Restricción\*\*

Esta forma es cancelar mi solicitud presentada previamente para Confidencial Comunicación Y Restricción de mi información de salud protegida (PHI). Entiendo que al firmar y enviar este formulario de elección, reconozco que estoy solicitando Facey Medical Group para eliminar cualquier previa solicitud de las comunicaciones confidenciales y o restricciones que antes que seleccioné.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_ **Circule su selección:**

1. \_\_\_\_\_ Anadir Eliminar
2. \_\_\_\_\_ Anadir Eliminar
3. \_\_\_\_\_ Anadir Eliminar

- Informe médico Firma del paciente Primaria:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Paciente / Padre / Representante Legal) (Se requiere prueba de documentación legal si no está firmada por el paciente)
- Salud Mental Patient Record Firma:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Paciente / Padre / Representante Legal) (Se requiere prueba de documentación legal si no está firmada por el paciente)

*Solo para uso de oficina*

**Facey Medical Foundation:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
(Official Confirming Signature)

Patient Name	Medical Record#
Patient Date of Birth	Patient Telephone #
Dr. Name	Dr. #
	Loc:
Appointment Date	
Insurance Coverage	
Insurance Benefits - Co – Pay	