



Request for Restrictions to the Use and Disclosure of Protected Health Information (Front)

8071-177 MR 11/08 (translated 11/17/08)

Complete and sign this section. Bring, fax, or mail the form to Medical Records:

Children's Mercy Hospital
ATTENTION: Medical Records
2401 Gillham Road
Kansas City, MO 64108
Fax: (816) 234-3458

Patient Name: _____ Date of Birth: ____ / ____ / ____

Street Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

I understand the following:

- As part of my or my child's health care, The Children's Mercy Hospital ("CMH") originates and maintains a health record.
- My or my child's health record describes health history, symptoms, examination and test results, diagnoses, treatment, and any plans for future care or treatment.
- I have the right to request restrictions as to how my or my child's protected health information may be used or disclosed to carry out treatment, payment, or health care operations.
- CMH is not required to agree to the restrictions requested.
- I will be notified in writing within 10 days of any request not accepted by CMH.
- I may revoke this consent in writing, except to the extent that CMH has already taken action in reliance thereon.

I request the following restrictions:

_____ Signature of Patient, Parent, or Legal Guardian <i>Firma del paciente, padre, o guardián legal</i>	_____ Printed Name/Relationship <i>Nombre en imprenta/Relación</i>	____ / ____ / ____ Date <i>Fecha</i>
--	--	--

STAFF USE ONLY / SOLO PARA EL USO DEL PERSONAL

_____ Interpreter's Signature	_____ Printed Name	____ / ____ / ____ Date
----------------------------------	-----------------------	----------------------------

Hospital Representative:

Accepted Denied Partial, specify: _____

_____ Signature	_____ Title	____ / ____ / ____ Date
--------------------	----------------	----------------------------



Request for Restrictions to the Use and Disclosure of Protected Health Information (Back)

8071-177 MR 11/08 (translated 11/17/08)

Solicitud Para la Restricción del uso y Revelación de Información de Salud Medica Protegida

Complete y Firme esta Sección. Traer el Fax, o mande por correo la forma a expedientes médicos:

Children's Mercy Hospital
ATTENTION: Medical Records
2401 Gillham Road
Kansas City, MO 64108
Fax: (816) 234-3458

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Yo Entiendo lo Siguiente:

- Como parte de los cuidados médicos de mi hijo o hijos, El Hospital De Children's Mercy ("CMH") origina y mantiene un expediente de salud.
- El expediente medico de mi hijo o hijos describe la historia de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnostico, tratamiento, y cualquier plan para tratamiento o cuidados en el futuro.
- Yo tengo el derecho de pedir restricciones de como la informacion protegida de salud de mi hijo o hijos puede ser usada o la revelación de llevar a cabo tratamiento, pagos, o operaciones de cuidados de salud.
- El Hospital de Children's Mercy no esta obligado a estar de acuerdo con las restricciones solicitadas.
- Yo seré notificado(a) por escrito dentro de 10 días de cualquier solicitud que no fue aceptada por el Hospital de Children's Mercy.
- Yo puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto al termino que el Hospital de Children's Mercy ya a tomado accion en seguridad en eso.

Yo Solicito las siguientes restricciones:

_____	_____ / ____ / ____
Signature of Patient, Parent, or Legal Guardian	Printed Name/Relationship
<i>Firma del paciente, padre, o guardián legal</i>	<i>Nombre en imprenta/Relación</i>
	Date
	<i>Fecha</i>

STAFF USE ONLY / SOLO PARA EL USO DEL PERSONAL		
_____	_____ / ____ / ____	
Interpreter's Signature	Printed Name	
	Date	
Hospital Representative:		
<input type="checkbox"/> Accepted <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/> Partial, specify: _____		
_____	_____ / ____ / ____	
Signature	Title	
	Date	