



## Solicitud de restricciones

Información sobre el paciente			
Nombre del paciente		Myriad Patient ID #	
Dirección actual		Ciudad	Cód. postal
Número de seguridad social	Número de teléfono ( )	Fecha de nacimiento / /	

Usted tiene derecho a solicitar restricciones de los usos y las divulgaciones de su información médica por parte de Myriad Genetic Laboratories, Inc. Myriad considerará cuidadosamente su solicitud, pero no tiene la obligación de satisfacerla. Si Myriad accede a su solicitud, aún puede compartir su información en caso de emergencia médica o según lo exijan las leyes federales o estatales.

Si solicita una restricción de divulgaciones al proveedor de su plan de salud por servicios que haya pagado usted mismo, el saldo de esos servicios debe estar pagado por completo al momento de su solicitud; de lo contrario, Myriad no tiene la obligación de acatar su restricción.

Solicito las siguientes restricciones:
<input type="checkbox"/> Restricción de revelación a personas o entidades ( <i>nombre de la persona o entidad</i> ): _____
<input type="checkbox"/> Otra ( <i>indique</i> ): _____
<input type="checkbox"/> Restricción de revelación al proveedor del plan de salud en relación con servicios que he pagado por completo yo mismo: <i>(especifique el tipo de servicio y la fecha)</i> : _____

Si marcó "Otra", Myriad analizará su solicitud y le dará una respuesta por escrito. De acuerdo con la índole de su solicitud, la respuesta puede tardar varios días. Hasta que se acepte su solicitud, Myriad usará y divulgará su información médica de acuerdo con nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y la ley aplicable.

Comprendo que yo o Myriad podemos dejar sin efecto esta restricción en cualquier momento. Si Myriad decide dejar sin efecto una restricción aceptada, recibiré una notificación con antelación.

Firma del paciente o del representante personal	Fecha
Nombre en imprenta del representante personal ( <i>adjunte la documentación legal pertinente</i> )	Parentesco con el paciente

Envíe este formulario a: Myriad Genetic Laboratories, Inc., Attn: Privacy Office, 320 Wakara Way, Salt Lake City, UT 84108

Date request received:	Reason for denial:
<input type="checkbox"/> Request accepted <input type="checkbox"/> Request denied	
Date notification sent to patient or personal representative:	<input type="checkbox"/> Restriction updated in applicable systems
Myriad representative name/signature	Date