

SOLICITUD DE LAS LIMITACIONES

Información del suscriptor

(Escriba con letra de imprenta)

Esta sección se debe llenar con la información específica de la persona. Se debe indicar un número o dirección de contacto en caso de que sea necesario obtener información adicional o aclaraciones.

Fecha: _____ **ID del suscriptor:** _____

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

Dirección electrónica (Email): _____

Usted tiene el derecho de solicitar que Davis Vision limite el uso o revelación de la información médica protegida sobre usted con referencia a tratamiento, pago u operaciones de atención médica o a las personas que prestan la atención o al pago de esa atención. Davis Vision no tiene obligación de satisfacer su solicitud. Si Davis Vision lo hace, debe expresar el acuerdo por escrito y a continuación, Davis Vision limitará el uso o revelación de la información médica protegida sobre usted como lo solicitó. A pesar del acuerdo, Davis Vision puede usar o revelar la información limitada necesaria para su tratamiento en caso de una emergencia médica apropiada o cuando el uso o revelación sin su permiso por escrito está autorizado o lo exige la ley. Usted puede eliminar la limitación en cualquier momento notificándolo a Davis Vision por escrito. Davis Vision puede concluir el acuerdo para limitar el uso o revelación de su información médica protegida en cualquier momento notificándose por escrito. Si usted está de acuerdo con la decisión de eliminar la limitación, la información médica protegida ya no estará sujeta a la limitación. Si no está de acuerdo, la eliminación de la limitación se aplicará solamente a la información médica protegida que Davis Vision produzca o reciba después de haberle notificado que estamos eliminando la limitación. Para ejercer su derecho a solicitar limitaciones para que Davis Vision use o revele la información médica protegida sobre usted, tenga la bondad de llenar este formulario, firmarlo y enviarlo a:

Davis Vision – Privacy Office
P.O. Box 1416
Latham, New York 12110-1416
Fax: 1-866-999-4640

Si tiene alguna pregunta, necesita información adicional o ayuda para llenar su solicitud, tenga la bondad de contactar la Oficina a cargo de privacidad (Privacy Office) de Davis Vision al 1-800-571-3366 o a la dirección que se ha indicado anteriormente.

Tenga la bondad de especificar la información médica protegida, el uso o revelación que desea limitar:

Tenga la bondad de indicar la limitación que desea aplicar a esa información médica protegida:

Firma: _____ **Fecha:** _____
(Persona que concede la autorización)

Si esta autorización está firmada por un representante personal en nombre del titular, llene lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____
(Escriba con letra de imprenta)

Descripción de la autoridad del representante personal: _____

**TENGA LA BONDAD DE GUARDAR UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD
DE LA LIMITACIÓN PARA SUS ARCHIVOS**