



**FORMULARIO DE EXCLUSIÓN DE DIVULGACIÓN
DE LA INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA DEL PARTICIPANTE**

Yo _____ por el presente solicito que mi información sanitaria protegida no sea usada ni divulgada para la recaudación de fondos de mi parte para Lutheran Senior LIFE at Jersey City, o su organización matriz, Lutheran Social Ministries of New Jersey.

Tiene varias opciones para la exclusión de recepción de información acerca de la recaudación de fondos. Seleccione una a continuación.

1. Envíe por fax su formulario completo al 201-706-2092.
2. Envíe por correo su formulario completo a **Lutheran Senior LIFE at Jersey City, Attn: Medical Records Department, 377 Jersey Avenue, Ste. 310, Jersey City, NJ 07302.**

Información para la exclusión del participante

Nombre de pila: _____ Inicial del segundo nombre: ___ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono fijo: _____ Número de teléfono celular: _____

Motivo de la exclusión (opcional): _____

Firma del participante o representante autorizado

Fecha

Si la firma corresponde al representante autorizado, escriba el nombre en letra de imprenta y describa la relación que tiene con el participante:

Nombre

Relación con el participante

Este formulario debe ser utilizado por los participantes que no desean recibir comunicados acerca de la recaudación de fondos de Lutheran Senior LIFE at Jersey City, o su organización matriz, Lutheran Social Ministries of New Jersey.