



**CARDIOLOGY  
CONSULTANTS**

Jack D. Bargainer, M.D.  
David R. Blackwood, M.D.  
G. Noel Chant, M.D.

N. Daggubati, M.D.  
Larry Lin, M.D.  
Nikunj Patel, M.D.

Udaya Swarna, M.D.  
Gorman Thorp, M.D.  
Ren Zhang, M.D.

**Afirmación del Recibo de la “Notificación al Paciente de los Derechos de Privacidad”  
Nota Abreviada (El 29 de Septiembre del 2010)**

Como nuestro paciente, bajo las reglas de HIPAA, la nueva ley federal de privacidad, usted tiene derechos específicos de privacidad.

Nosotros estamos requeridos tener una nota para nuestros pacientes detallando como su información médica puede ser usada y divulgada y como usted puede tener acceso a esta información. Usted tiene el derecho de revisar nuestra nota antes de firmar esta afirmación. Una copia de nuestra “Notificación al Paciente de los Derechos de Privacidad” está exhibida en nuestra sala de espera y una copia puede ser obtenida de la recepcionista. Las condiciones de nuestra nota pueden cambiar. Cualquier cambio a nuestra nota será exhibido en nuestra sala de espera. Esta es una nota abreviada de sus derechos.

La abreviación de sus derechos incluye su derecho a:

- a. restringir el uso y divulgación de información médica (su doctor no está requerido cumplir con este tipo de petición)
- b. recibir comunicaciones confidenciales de otra forma o de otro lugar
- c. inspeccionar, copiar, o corregir información protegida médica (podrá ser cobrado por el costo de copiar)
- d. saber de cualquier divulgación no autorizada de información protegida médica o de la violacion de informacion de parte del sistema administrativo de nuestro consultorio en lo que se refiere a su informacion protegida medica
- e. tener una copia de nuestra notificación de privacidad del paciente

**Debe recibir una copia de la “Notificación al Paciente de los Derechos de Privacidad con Respecto a la Información Médica,” de nuestra Recepcionista.**

**Firma de Afirmación:**

**Yo afirmo haber recibido una copia de la “Notificación de las Prácticas de Privacidad” de Abilene Cardiology Consultants.**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL PACIENTE**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PACIENTE**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE**

**(Requerido si el paciente es menor de edad o adulto incapaz de firmar)**

**Documentación del Intento de Obtener la Afirmación de Recibo de la Notificación de las Prácticas de Privacidad**

Esta nota y afirmación fue mandado a la dirección del paciente el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**La afirmación no fue obtenida porque:**

- El paciente se negó firmar la afirmación
- El paciente fue tratado de emergencia
- Otro: \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Firma del Empleado**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**