



California Heart & Vascular Clinic
Athar Ansari, M.D., INC. Cardiology
790 W. Orange Ave., Ste. B
El Centro, CA 92243

Phone: (760) 353-3222
Fax: (760) 353-3311

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD (HIPAA)

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar información médica protegida sobre usted. El Aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos conforme a la ley. Usted tiene derecho a revisar nuestro Aviso antes de firmar este recibo de reconocimiento. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia revisada poniéndose en contacto con nuestra oficina.

El Resumen de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad está publicado en nuestro lobby principal.

Si desea que alguna(s) persona(s), además de las que son puestas en libertad bajo operaciones normales como se indica en el Aviso, reciban información confidencial que está protegida por esta ley, usted debe divulgarlo por escrito. Por favor, indique en el formulario demográfico del paciente (esposa/esposo o cualquier familiar, amigos) quién desea que reciba información acerca de usted. Por supuesto, puede optar por no divulgar información a nadie. También puede ser más específico en sus restricciones para las personas que ha enumerado. Simplemente proporcione esa solicitud por escrito. Los padres o tutores de niños menores no necesitan ser liberados.

Por favor, tenga en cuenta que nuestro personal debe cumplir con las leyes federales en relación con la información que divulgamos por teléfono y podemos escoger en cualquier momento no divulgar información de ningún tipo por teléfono, si nos parece que la persona que solicita la información no está autorizada o que la información es demasiado sensible para divulgarse por teléfono.

Al firmar este formulario, usted reconoce que la California Heart & Vascular Clinic ha puesto a su disposición nuestro Aviso

Firma: _____

Fecha: _____

Recibo de Reconocimiento firmado por: _____

Nombre impreso (Paciente o representante): _____

Relación con el paciente (si no es el propio paciente): _____

Representante de la firma de práctica: _____