



Pacific Pediatric Cardiology Medical Group, Inc.

Pasadena 50 Bellefontaine St., Suite 405 Pasadena, CA 91105 (626) 796-9259 (626) 449-8560 Fax	Santa Monica 2001 Santa Monica Blvd., Suite 483W Santa Monica, CA 90404 (310) 998-1181 (310) 829-5115 Fax	East Los Angeles 1700 Cesar E. Chavez Ave., Suite 1300 Los Angeles, CA 90033 (323) 526-2483 (323) 526-4901 Fax	West Covina 1135 S. Sunset Ave., Suite 311 West Covina, CA 91790 (626) 337-8900 (626) 337-8977 Fax	Downey 10800 Paramount Blvd., Suite 401 Downey, CA 90241 (562) 247-0907 (562) 450-5030 Fax
--	--	---	---	---

RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRÁCTICAS PRIVACIDAD

Entiendo que, en bajo la Ley del Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad de 1996 (“HIPAA”), que tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Llevar a cabo, planificar y dirigir mi tratamiento y el seguimiento de mi salud entre los múltiples proveedores que pueden estar implicados en mi tratamiento directa e indirectamente.
- Obtener el pago de los pagadores terceros.
- Llevar a cabo las operaciones normales de salud, tales como evaluaciones de la calidad y certificaciones de médico.

He recibido, leído y entendido la *Notificación de Prácticas de Privacidad* que contiene una más completa descripción de los usos y revelaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene derecho a cambiar su *Aviso de Prácticas de Privacidad* de vez en cuando y que yo pueda contactar la organización en cualquier momento a la dirección arriba para obtener una copia actualizada del *Aviso de Prácticas de Privacidad*.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo mi información privada es usada o revelada para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También entiendo que no son obligados a acceder a mi solicitud de restricciones, pero si usted está de acuerdo entonces están obligados a cumplir tales restricciones.

Nombre del Paciente: _____

Relación con el Paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Traté de obtener la firma del paciente en el Reconocimiento de este Aviso de Prácticas de Privacidad pero no pudo hacerlo como se documenta a continuación:

Fecha:	Iniciales:	Motivo:
--------	------------	---------