

**C.A.I**  
**A Cardiovascular & Arrhythmia Institute**

---

**Reconocimiento De Aviso de Prácticas de Privacidad**

Al firmar abajo yo reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de A Cardiovascular and Arrhythmia Institute, LLC, que explica sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que puedo negarme a firmar el Reconocimiento. También entiendo que CAI utiliza un programa de medicamentos de receta electrónica que recupera sus 2 últimos años de los medicamentos prescritos. Al firmar abajo, doy consentimiento para ver estos registros.

**¿Se puede dejar un mensaje de voz con resultados de las pruebas e información general?**

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Por favor designe a una persona (nombre, parentesco y número de teléfono) que no sea usted, que pueda recibir información sobre usted:**

**Persona Designada:** \_\_\_\_\_ **# De Teléfono** \_\_\_\_\_.

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

**Firma del Paciente o Representante:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente o Representante:(Letra de Imprenta)** \_\_\_\_\_

**Relación del Representante al Paciente:** \_\_\_\_\_

---

**Solo Para Uso Oficial**

---

Yo, \_\_\_\_\_, hecho un esfuerzo de buena fe para obtener el Reconocimiento por escrito del paciente \_\_\_\_\_ sobre la Notificación de Prácticas de Privacidad de A Cardiovascular and Arrhythmia Institute, LLC. Sin embargo, no pude obtener el reconocimiento por escrito porque:

(Marque la opción que corresponda)

\_\_\_\_\_ La persona se negó a firmar este Reconocimiento De Aviso

\_\_\_\_\_ Las barreras de comunicación prohibieron el obtener el Reconocimiento De Aviso

\_\_\_\_\_ Una situación de emergencia impidió el obtener el Reconocimiento De Aviso

\_\_\_\_\_ Otra Razón: (explique) \_\_\_\_\_