



# Consultants in Radiology, P.A.

www.cirpa.com

## Fort Worth Office

1101 Sixth Avenue  
Fort Worth, Texas 76104  
Scheduling (817) 336-4636  
Information (817) 336-4637  
Fax (817) 336-7719

## H.E.B. Office

350 Westpark Way, Suite 100  
Euless, Texas 76040  
Scheduling (817) 283-4636  
Information (817) 283-4641  
Fax (817) 283-4912

**RECIBO DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**  
**RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

Yo,  
I, \_\_\_\_\_

have received a copy of the Notice of Privacy Practices from Consultants in Radiology, P.A. concerning how the use or disclosure of Protected Health Information will be handled by the practice.

he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de los Consultantes en Radiología, P.A. con respecto al uso o divulgación de Información Protegida de la Salud y como la manejarán estos profesionales.

Firma del Paciente  
Patient Signature \_\_\_\_\_

Fecha  
Date \_\_\_\_\_

**Documentación de los Esfuerzos para Obtener un Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad**  
**Documentation of Attempt to Obtain Acknowledgement of**  
**Receipt of Notice of Privacy Practices**

**Esfuerzo para Obtener un Acuse de Recibo**  
**Attempt to Obtain Acknowledgement**

Se hizo un esfuerzo para obtener un acuse de recibo  
An attempt was made to obtain an acknowledgement of receipt of  
del Aviso de Prácticas de Privacidad el  
the Notice of Privacy Practices on \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ .

Nombre del Paciente (*en molde o a máquina*):  
Patient Name (*print or type*): \_\_\_\_\_

Firma:  
Signature: \_\_\_\_\_

Representivo de CIRPA: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
CIRPA Representative: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Explicación:  
Explanation: \_\_\_\_\_

Tiene la siguiente mi permiso para obtener la infomación médica.  
**I give the following permission to obtain my medical information.**

- | Nombre<br>Name | Relación<br>Relationship |
|----------------|--------------------------|
| 1. _____       | _____                    |
| 2. _____       | _____                    |
| 3. _____       | _____                    |

Firma paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Patient Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Esta se mantendrá en efecto hasta revocado por escrito por el paciente.  
**This will remain in effect until revoked in writing by patient.**