



Consultants in Radiology P.A.

www.CIRPA.com

Burleson Office
665 NE Alsbury
Burleson, Texas 76028
Phone: (817) 447-3443
Fax: (817) 447-9094

Cleburne Office
505 N. Ridgeway, Suite 252
Cleburne, Texas 76033
Phone: (817) 517-5665
Fax: (817) 556-3999

Fort Worth Office
1101 Sixth Avenue
Fort Worth, Texas 76104
Phone: (817) 336-4636
Fax: (817) 336-0204

Granbury Office
805 Hill Boulevard, Suite 101
Granbury, Texas 76048
Phone: (817) 578-2398
Fax: (817) 578-3311

H.E.B. Office
350 Westpark Way, Suite 100
Euless, Texas 76040
Phone: (817) 283-4636
Fax: (817) 399-9648

Weatherford Office
831 Eureka Street
Weatherford, Texas 76086
Phone: (817) 599-9552
Fax: (817) 599-9542

RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS 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 Consultants in Radiology, 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 información médica.
I give the following permission to obtain my medical information.

| Nombre Name | Relación Relationship |
|----------------|--------------------------|
| 1. _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ |

Firma del 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.