

# DFW OPEN MRI, LP

## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

EFFECTIVE DATE: 04/01/2016

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.**

### UNDERSTANDING YOUR HEALTH RECORD/INFORMATION

Each time you visit a hospital, physician, dentist, or other healthcare provider, a record of your visit is made. Typically, this record contains your symptoms, examination and test results, diagnoses, treatment, and a plan for future care or treatment. This information often referred to as your health or medical record, serves as a basis for planning your care and treatment and serves as a means of communication among the many health professionals who contribute to your care. Understanding what is in your record and how your health information is used helps you to ensure its accuracy, better understand who, what, when, where, and why others may access your health information, and helps you make more informed decisions when authorizing disclosure to others.

### YOUR HEALTH INFORMATION RIGHTS

Unless otherwise required by law, your health record is the physical property of the healthcare practitioner or facility that compiled it. However, you have certain rights with respect to the information. You have the right to:

1. **Receive a copy of this Notice of Privacy Practices** from us upon enrollment or upon request.
2. **Request restrictions on our uses and disclosures of your protected health information** for treatment, payment and health care operations. This includes your right to request that we not disclose your health information to a health plan for payment or health care operations if you have paid in full and out of pocket for the services provided. We reserve the right not to agree to a given requested restriction.
3. **Request to receive communications of protected health information in confidence.**
4. **Inspect and obtain a copy of the protected health information** contained in your medical and billing records and in any other Practice records used by us to make decisions about you. If we maintain or use electronic health records, you will also have the right to obtain a copy or forward a copy of your electronic health record to a third party. A reasonable copying/labor charge may apply.
5. **Request an amendment to your protected health information.** However, we may deny your request for an amendment, if we determine that the protected health information or record that is the subject of the request:
  - was not created by us, unless you provide a reasonable basis to believe that the originator of the protected health information is no longer available to act on the requested amendment;
  - is not part of your medical or billing records;
  - is not available for inspection as set forth above; or
  - is accurate and complete.

In any event, any agreed upon amendment will be included as an addition to, and not a replacement of, already existing records.

6. **Receive an accounting of disclosures of protected health information** made by us to individuals or entities other than to you, except for disclosures:
  - to carry out treatment, payment and health care operations as provided above;
  - to persons involved in your care or for other notification purposes as provided by law;
  - to correctional institutions or law enforcement officials as provided by law;
  - for national security or intelligence purposes;
  - that occurred prior to the date of compliance with privacy standards (April 14, 2003);
  - incidental to other permissible uses or disclosures;
  - that are part of a limited data set (does not contain protected health information that directly identifies individuals);
  - made to patient or their personal representatives;
  - for which a written authorization form from the patient has been received
7. **Revoke your authorization to use or disclose health information** except to the extent that we have already been taken action in reliance on your authorization, or if the authorization was obtained as a condition of obtaining insurance coverage and other applicable law provides the insurer that obtained the authorization with the right to contest a claim under the policy.
8. **Receive notification if affected by a breach of unsecured PHI**

## HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED

This organization may use and/or disclose your medical information for the following purposes:

**Treatment:** We may use and disclose protected health information in the provision, coordination, or management of your health care, including consultations between health care providers regarding your care and referrals for health care from one health care provider to another.

**Payment:** We may use and disclose protected health information to obtain reimbursement for the health care provided to you, including determinations of eligibility and coverage and other utilization review activities.

**Regular Healthcare Operations:** We may use and disclose protected health information to support functions of our practice related to treatment and payment, such as quality assurance activities, case management, receiving and responding to patient complaints, physician reviews, compliance programs, audits, business planning, development, management and administrative activities.

**Appointment Reminders:** We may use and disclose protected health information to contact you to provide appointment reminders.

**Treatment Alternatives:** We may use and disclose protected health information to tell you about or recommend possible treatment alternatives or other health related benefits and services that may be of interest to you

**Health-Related Benefits and Services:** We may use and disclose protected health information to tell you about health-related benefits, services, or medical education classes that may be of interest to you.

**Individuals Involved in Your Care or Payment for Your Care:** Unless you object, we may disclose your protected health information to your family or friends or any other individual identified by you when they are involved in your care or the payment for your care. We will only disclose the protected health information directly relevant to their involvement in your care or payment. We may also disclose your protected health information to notify a person responsible for your care (or to identify such person) of your location, general condition or death.

**Business Associates:** There may be some services provided in our organization through contracts with Business Associates. Examples include physician services in the emergency department and radiology, certain laboratory tests, and a copy service we use when making copies of your health record. When these services are contracted, we may disclose some or all of your health information to our Business Associate so that they can perform the job we have asked them to do. To protect your health information, however, we require the Business Associate to appropriately safeguard your information.

**Organ and Tissue Donation:** If you are an organ donor, we may release medical information to organizations that handle organ procurement or organ, eye or tissue transplantation or to an organ donation bank, as necessary to facilitate organ or tissue donation and transplantation.

**Worker's Compensation:** We may release protected health information about you for programs that provide benefits for work related injuries or illness.

**Communicable Diseases:** We may disclose protected health information to notify a person who may have been exposed to a disease or may be at risk for contracting or spreading a disease or condition.

**Health Oversight Activities:** We may disclose protected health information to federal or state agencies that oversee our activities.

**Law Enforcement:** We may disclose protected health information as required by law or in response to a valid judge ordered subpoena. For example in cases of victims of abuse or domestic violence; to identify or locate a suspect, fugitive, material witness, or missing person; related to judicial or administrative proceedings; or related to other law enforcement purposes.

**Military and Veterans:** If you are a member of the armed forces, we may release protected health information about you as required by military command authorities.

**Lawsuits and Disputes:** We may disclose protected health information about you in response to a court or administrative order. We may also disclose medical information about you in response to a subpoena, discovery request, or other lawful process.

**Inmates:** If you are an inmate of a correctional institution or under the custody of a law enforcement official, we may release protected health information about you to the correctional institution or law enforcement official. An inmate does not have the right to the Notice of Privacy Practices.

**Abuse or Neglect:** We may disclose protected health information to notify the appropriate government authority if we believe a patient has been the victim of abuse, neglect or domestic violence. We will only make this disclosure if you agree or when required or authorized by law.

**Fund raising:** Unless you notify us you object, we may contact you as part of a fund raising effort for our practice. You may opt out of receiving fund raising materials by notifying the practice's privacy officer at any time at the telephone number or the address at the end of this document. This will also be documented and described in any fund raising material you receive.

**Coroners, Medical Examiners, and Funeral Directors:** We may release protected health information to a coroner or medical examiner. This may be necessary to identify a deceased person or determine the cause of death. We may also release protected health information about patients to funeral directors as necessary to carry out their duties.

**Public Health Risks:** We may disclose your protected health information for public health activities and purposes to a public health authority that is permitted by law to collect or receive the information. The disclosure will be made for the purpose such as controlling disease, injury or disability.

**Serious Threats:** As permitted by applicable law and standards of ethical conduct, we may use and disclose protected health information if we, in good faith, believe that the use or disclosure is necessary to prevent or lessen a serious and imminent threat to the health or safety of a person or the public.

**Food and Drug Administration (FDA):** As required by law, we may disclose to the FDA health information relative to adverse events with respect to food, supplements, product and product defects, or post marketing surveillance information to enable product recalls, repairs, or replacement.

**Research (inpatient):** We may disclose information to researchers when an institutional review board that has reviewed the research proposal and established protocols to ensure the privacy of your health information has approved their research.

## OUR RESPONSIBILITIES

We are required to maintain the privacy of your health information. In addition, we are required to provide you with a notice of our legal duties and privacy practices with respect to information we collect and maintain about you. We must abide by the terms of this notice. We reserve the right to change our practices and to make the new provisions effective for all the protected health information we maintain. If our information practices change, a revised notice will be mailed to the address you have supplied upon request. If we maintain a Web site that provides information about our patient/customer services or benefits, the new notice will be posted on that Web site.

Your health information will not be used or disclosed without your written authorization, except as described in this notice. The following uses and disclosures will be made only with explicit authorization from you: (i) uses and disclosures of your health information for marketing purposes, including subsidized treatment communications; (ii) disclosures that constitute a sale of your health information; and (iii) other uses and disclosures not described in the notice. Except as noted above, you may revoke your authorization in writing at any time.

## FOR MORE INFORMATION OR TO REPORT A PROBLEM

If you have questions about this notice or would like additional information, you may contact our Privacy Officer, Joe Anzawi, at the telephone or address below. If you believe that your privacy rights have been violated, you have the right to file a complaint with the Privacy Officer at DFW OPEN MRI, LP or with the Secretary of the Department of Health and Human Services or Texas Attorney General's office. The complaint must be in writing, describe the acts or omissions that you believe violate your privacy rights, and be filed within 180 days of when you knew or should have known that the act or omission occurred. We will take no retaliatory action against you if you make such complaints.

The contact information for both is included below.

<b>U.S. Department of Health and Human Services</b> Office of the Secretary 200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20201 Tel: (202) 619-0257 Toll Free: 1-877-696-6775 <a href="http://www.hhs.gov/contacts">http://www.hhs.gov/contacts</a>	<b>Office of the Texas Attorney General Consumer Protection Division</b> PO Box 12548 Austin, TX 78711-2548 Tel: (512) 463-2100 Toll Free: (800) 252-8011 <a href="https://www.oag.state.tx.us/forms/cpd/form.php">https://www.oag.state.tx.us/forms/cpd/form.php</a>	<b>DFW OPEN MRI, LP</b> Joe Anzawi Privacy Officer 3840 W NW Hwy. Suite 400 Dallas, TX 75220 PHONE 214-320-1400 FAX 214-320-1402
--	--	---

## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES AVAILABILITY

This notice will be prominently posted in the office where registration occurs. You will be provided a hard copy, at the time we first deliver services to you. Thereafter, you may obtain a copy upon request, and the notice will be maintained on the organization's Web site (if applicable Web site exists) for downloading.

DFW OPEN MRI, LP

Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices

Patient Name: \_\_\_\_\_

Patient ID #: \_\_\_\_\_

I hereby acknowledge that I have received a copy of DFW Open MRI LP's Notice of Privacy Practices. I understand that I have the right to refuse to sign this acknowledgement if I so choose.

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Legal Representative

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Printed Name of Patient's Representative (if applicable)

- Relationship to Patient (if applicable)
- Parent or guardian of unemancipated minor
  - Court appointed guardian
  - Executor or administrator of decedent's estate
  - Power of Attorney

-----  
FOR OFFICE USE ONLY

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices on the following date, \_\_\_\_\_ but acknowledgment could not be obtained because:

- Patient/representative refused to sign
- Emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement at this time (will attempt again at a later date)
- Communication barriers prohibited obtaining acknowledgement (Explain)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Other (Specify)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# DFW OPEN MRI, LP

## AVISO DE PRÁCTICAS DE LA PRIVACIDAD

FECHA DE VIGENCIA: 04/01/2016

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, EXAMÍNELA CUIDADOSAMENTE.**

### CÓMO COMPRENDER EL HISTORIAL / LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Cada vez que usted visita un hospital, un médico, un dentista u otro proveedor del cuidado de la salud, se efectúa un registro de su visita. Por lo general, este registro contiene sus síntomas, los resultados del reconocimiento y las pruebas, diagnósticos, tratamiento y un plan para el cuidado o tratamiento futuro. Esta información que a menudo se denomina "su historial de la salud o médico," sirve como la base para planear su cuidado y tratamiento y sirve como un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a su cuidado. Comprender el contenido de su historial y cómo se utiliza la información sobre su salud lo ayuda a usted a asegurar su precisión, comprender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué otros pueden acceder a la información sobre su salud, y lo ayuda a usted a tomar decisiones más informadas al autorizar la revelación a otros.

### SUS DERECHOS RESPECTO DE LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

A no ser que la ley lo exija, su historial de la salud es propiedad física del médico del cuidado de la salud o del centro que lo recopiló. Sin embargo, usted tiene ciertos derechos respecto de la información. Usted tiene derecho a:

1. **Recibir una copia de este Aviso de Prácticas de la Privacidad** de parte nuestra al inscribirse o a petición.
2. **Solicitar restricciones en nuestros usos y revelaciones de la información protegida sobre su salud** para las operaciones de tratamiento, pago y cuidado de la salud. Sin embargo, nosotros nos reservamos el derecho a no consentir en la restricción solicitada.
3. **Solicitar recibir comunicaciones respecto de información protegida sobre la salud en confianza.**
4. **Inspeccionar y obtener una copia de la información protegida sobre la salud** que contienen sus registros médicos y de facturación y cualquier otro registro de prácticas que utilicemos nosotros para tomar decisiones con respecto a usted. Se puede aplicar un cargo razonable por la copia.
5. **Solicitar una enmienda a la información protegida sobre su salud.** Sin embargo, nosotros podemos negar su solicitud de una enmienda si determinamos que la información o registro protegido sobre su salud que constituye el tema de la solicitud:
  - No fue creado por nosotros, a menos que usted provea una base razonable para estimar que el creador de la información protegida sobre su salud ya no está disponible para actuar sobre la enmienda solicitada;
  - No es parte de sus registros médicos o de facturación;
  - No se encuentra disponible para ser inspeccionado como se establece más arriba; o
  - Es precisa y completa.En cualquier caso, lo que se convenga al efectuar la enmienda será incluido como un agregado a, y no como un reemplazo de registros ya existentes.
6. **Recibir una contabilidad de las revelaciones de información protegida sobre la salud** efectuadas por nosotros para individuos o entidades aparte de usted, excepto para revelaciones:
  - Para realizar operaciones de tratamiento, pago y cuidado de la salud como se estipula más arriba;
  - A personas involucradas en su cuidado o con otros fines de notificación como lo estipula la ley;
  - A correccionales o funcionarios del cumplimiento de la ley según lo estipula la ley;
  - Con fines de seguridad o inteligencia nacional;
  - Que hayan ocurrido antes de la fecha del cumplimiento de otras normas respecto de la privacidad (14 de abril de 2003);
  - Secundarias para otros usos o revelaciones lícitos;
  - Que formen parte de un conjunto de datos limitados (no contiene información protegida sobre la salud que identifique directamente a individuos);
  - Realizadas al paciente o a sus representantes personales;
  - Para las cuales se haya recibido un formulario escrito de autorización de parte del paciente
7. **Revocar su autorización para utilizar o revelar información sobre la salud,** excepto al punto que nosotros ya hayamos tomado medidas en dependencia de su autorización, o si la autorización se obtuvo como condición para obtener la cobertura del seguro, y otra ley aplicable provee al asegurador que obtuvo la autorización el derecho a defender una reclamación conforme a la política.
8. **Recibir una notificación si adolece de un incumplimiento de PHI no asegurada**

## CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

Esta organización puede utilizar y / o revelar su información médica para los siguientes fines:

**Tratamiento:** Nosotros podemos utilizar y revelar información protegida sobre la salud en la previsión, coordinación o administración del cuidado de su salud, incluyendo consultas entre proveedores del cuidado de la salud con respecto a su cuidado y remisiones para el cuidado de la salud de un proveedor del cuidado de la salud a otro.

**Pago:** Nosotros podemos utilizar y revelar información protegida sobre la salud para obtener reembolsos por el cuidado de la salud que se le proveyó a usted, incluyendo determinaciones de elegibilidad y cobertura y otras actividades de evaluación de la utilización.

**Operaciones Normales del Cuidado de la Salud:** Nosotros podemos utilizar y revelar información protegida sobre la salud para respaldar funciones de nuestra práctica relacionadas con el tratamiento y el pago, tales como actividades de garantía de calidad, administración de casos, recibo y respuesta a quejas de pacientes, evaluaciones de los médicos, programas de conformidad, auditorías, planeamiento de negocios, desarrollo, administración y actividades administrativas.

**Notificaciones de Citas:** Nosotros podemos utilizar y revelar información protegida sobre la salud para comunicarnos con usted y proveerle notificaciones de citas.

**Alternativas de Tratamiento:** Nosotros podemos utilizar y revelar información protegida sobre la salud para informarlo sobre o recomendarle posibles alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que a usted le puedan interesar.

**Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud:** Nosotros podemos utilizar y revelar información protegida sobre la salud para informarlo sobre beneficios y servicios relacionados con la salud o clases de educación médica que a usted le puedan interesar.

**Individuos Involucrados en Su Cuidado o el Pago de Su Cuidado:** A menos que usted se oponga, nosotros podemos revelar la información protegida sobre su salud a sus familiares o amigos o cualquier otro individuo que usted identifique cuando los mismos están involucrados en su cuidado o el pago de su cuidado. Nosotros sólo revelaremos la información protegida sobre la salud que se relacione directamente con su intervención en su cuidado o en el pago. Nosotros también podemos revelar la información protegida sobre su salud para notificar a una persona responsable de su cuidado ( o para identificar a dicha persona) sobre su ubicación, condición general o fallecimiento.

**Asociados Comerciales:** En nuestra organización pueden existir algunos servicios provistos a través de Asociados Comerciales. Algunos ejemplos incluyen servicios de médicos en el departamento de emergencias y radiología, ciertas pruebas de laboratorio y un servicio de copias que nosotros utilizamos al hacer copias para usted del registro de su salud. Cuando se contratan estos servicios, nosotros podemos revelar la información sobre su salud en todo o en parte a nuestro Asociado Comercial, a fin de que pueda realizar el trabajo que le hemos pedido que haga. Para proteger la información sobre su salud, sin embargo, le pedimos al Asociado Comercial que salvaguarde su información de manera apropiada.

**Donación de Órganos y Tejidos:** Si usted es donante de órganos, nosotros podemos facilitar información médica a las organizaciones que manejen la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donaciones, como sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

**Compensación del Seguro Obrero:** Nosotros podemos facilitar información protegida sobre la salud respecto de usted a programas que provean beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Enfermedades Transmisibles:** Nosotros podemos revelar información protegida sobre la salud a fin de notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda correr el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección.

**Actividades de Vigilancia de la Salud:** Nosotros podemos revelar información protegida sobre la salud a agencias federales o estatales que supervisan nuestras actividades.

**Cumplimiento de la Ley:** Nosotros podemos revelar información protegida sobre la salud cuando lo exija la ley o en respuesta a una citación válida por orden de un juez. Por ejemplo, en casos de víctimas de abuso o violencia doméstica; para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; con relación a procedimientos judiciales o administrativos; o con relación a otros fines respecto del cumplimiento de la ley.

**Militares y Veteranos:** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, nosotros podemos revelar información protegida sobre la salud respecto de usted según lo exijan las autoridades del comando militar.

**Juicios y Disputas:** Nosotros podemos revelar información protegida sobre la salud respecto de usted como respuesta a una orden de la corte o administrativa. También podemos revelar información médica sobre usted como respuesta a una citación, petición de descubrimiento u otro proceso legal.

**Presos:** Si usted se encuentra preso en un correccional o bajo la custodia de un funcionario del cumplimiento de la ley, nosotros podemos facilitar información protegida sobre la salud respecto de usted al correccional o al funcionario del cumplimiento de la ley. Un preso no tiene derecho al Aviso de Prácticas de la Privacidad.

**Abuso o Desatención:** Nosotros podemos revelar información protegida sobre la salud para notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, desatención o violencia doméstica. Nosotros sólo efectuaremos esta revelación si usted consiente o cuando lo exija o autorice la ley.

**Recaudación de Fondos:** A menos que usted nos avise que se opone, nosotros podemos comunicarnos con usted como parte de un esfuerzo por recaudar fondos para nuestro consultorio. Usted puede optar por recibir materiales sobre la recaudación de fondos comunicándose al directivo de la privacidad del consultorio en cualquier momento llamando al número o escribiendo a la dirección que se encuentra al final de este documento. Esto también se documentará y describirá en cualquier material sobre la recaudación de fondos que usted reciba.

**Juez de Instrucción, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias:** nosotros podemos facilitar información protegida sobre la salud a un juez de instrucción o a un examinador médico. Esto puede ser necesario para identificar a un difunto o para determinar la causa del fallecimiento. Nosotros también podemos facilitar información protegida sobre la salud respecto de pacientes a directores de funerarias, cuando éstos la necesiten para cumplir con sus deberes.

**Riesgos de la Salud Pública:** Nosotros podemos facilitar su información protegida sobre la salud para actividades y propósitos de la salud pública a una autoridad de la salud pública que esté autorizada por la ley para reunir o recibir la información. La revelación se efectuará para fines tales como el control de una enfermedad, lesión o incapacidad.

**Amenazas Graves:** Según lo permiten las leyes aplicables y las normas de conducta ética, nosotros podemos utilizar y revelar la información protegida sobre la salud si, de buena fe, creemos que el uso o la revelación son necesarios para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público.

**Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA):** Cuando lo exija la ley, nosotros podemos facilitar a la FDA información sobre la salud relacionada con sucesos adversos con respecto a los alimentos, suplementos, productos y defectos de productos, o información vigilada post marketing para permitir la retirada, reparación o reemplazo de productos.

**Investigación (paciente hospitalizado):** Nosotros podemos facilitar información a los investigadores cuando una junta de evaluación institucional que haya evaluado la propuesta de investigación y haya establecido protocolos para asegurar la privacidad de la información sobre su salud haya aprobado su investigación.

## NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Se nos exige mantener la privacidad de la información sobre su salud. Además, se nos exige suministrarle a usted un aviso de sus deberes legales y prácticas de la privacidad respecto de la información que reunimos y mantenemos sobre usted. Nosotros tenemos que cumplir con los términos de este aviso. Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas y a hacer efectivas las nuevas disposiciones de toda la información protegida sobre la salud que mantengamos. Si nuestras prácticas de información cambian, se enviará por correo un aviso corregido a la dirección que usted haya suministrado cuando le fue solicitada. Si nosotros mantenemos una página web que provee información sobre los servicios o beneficios para nuestros pacientes / clientes, el nuevo aviso se publicará en esa página web.

No se utilizará o revelará la información sobre su salud sin su autorización escrita, excepto como se describe en este aviso. A excepción de como se indica más arriba, usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento.

## PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN O PARA INFORMAR UN PROBLEMA

Si usted tiene preguntas sobre este aviso o si desea obtener más información, puede contactar con nuestro Directivo de la Privacidad, Joe Anzawi, al teléfono o la dirección de más abajo. Si usted cree que sus derechos respecto de la privacidad han sido violados, tiene derecho a presentar una queja al Directivo de la Privacidad en DFW OPEN MRI, LP o al Secretario del Departamento de Servicios de Salud y Humanitarios. Nosotros no tomaremos represalias en contra de usted si efectúa tales quejas.

A continuación se incluye la información de contacto de ambos.

<b>Departamento de Servicios de Salud y Humanitarios de Estados Unidos</b> Oficina del Secretario 200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20201 Tel: (202) 619-0257 Línea Gratuita: 1-877-696-6775 <a href="http://www.hhs.gov/contacts">http://www.hhs.gov/contacts</a>	<b>Oficina del Procurador General de Texas División de Protección al Consumidor</b> PO Box 12548 Austin, TX 78711-2548 Tel: (512) 463-2100 Línea Gratuita: (800) 252-8011 <a href="https://www.oag.state.tx.us/forms/cpd/form.php">https://www.oag.state.tx.us/forms/cpd/form.php</a>	<b>DFW OPEN MRI, LP</b> Joe Anzawi Directivo de la Privacidad 3840 W Northwest Hwy, Suite 400 Dallas, TX 75220 Tel 214-320-1400 Fax 214-320-1402
---	--	---

## DISPONIBILIDAD DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE LA PRIVACIDAD

Este aviso se expondrá muy a la vista en la oficina donde tiene lugar la inscripción. A usted se le entregará una copia impresa en el momento en el que le facilitemos servicios por primera vez. A partir de entonces, usted puede obtener una copia a petición, y el aviso se mantendrá en la página web de la organización (si existe una página web aplicable) para que sea descargado.

DFW OPEN MRI, LP

Acuso de Recibo del Aviso de las Prácticas de Privacidad

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Paciente ID #: \_\_\_\_\_

Yo por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de DFW OPEN MRI, LP Yo entiendo que tengo el derecho de rehusarme a firmar este acuso de recibo si así lo deseo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Representante del Paciente  
(si es aplicable)

- Relación con el Paciente (si es aplicable)**
- Padres o custodio de un menor no emancipado
  - Custodio designado por la corte
  - Testamentario o administrador del patrimonio del difunto
  - Poder Notarial (Power of Attorney)

-----  
SOLA PARA EL USO DE LA OFICINA

Nosotros intentamos obtener el acuso de recibo por escrito de nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad en la siguiente fecha, \_\_\_\_\_ pero el acuso de recibo no se pudo obtener porque:

- El paciente / representante rehusó a firmar
- Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuso de recibo en este momento (intentaremos otra vez en una fecha posterior)
- Barreras de comunicaciones prohibieron la obtención del acuso de recibo (Explicar)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- Otro (Especificar)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_