

# NY Center For Ear, Nose Throat, Sinus & Allergy, LLP

KANHAIYALAL KANTU, M.D., F.A.C.S.  
SANJAY KANTU, M.D.  
MANOJ KANTU, M.D.  
DIPLOMATES AMERICAN BOARD  
OF OTOLARYNGOLOGY

SINUS & ALLERGY  
FACIAL PLASTIC SURGERY  
HEARING & BALANCE DISORDERS  
SNORING & SLEEP APNEA  
HEAD & NECK SURGERY

## AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE LA AISLAMIENTO---RECONOCIMIENTO PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

He recibido el aviso de esta práctica de las prácticas de la aislamiento escritas en lengua llana. El aviso proporciona, detalladamente, las aplicaciones y las divulgaciones de mi información protegida de la salud que se pueden hacer de esta práctica, del mi derecho individual, y de los deberes legales de la práctica con respecto a mi información protegida de la salud. El aviso incluye: .

Una declaración que esta práctica es requerida por la ley de mantener la aislamiento de protegido información de la salud. .

Una declaración que esta práctica es requerida de respetar por los términos del aviso actualmente en efecto.

Tipos de aplicaciones y de accesos que esta práctica se permite de hacer para cada uno de propósitos de siguiente: Operaciones del tratamiento, del pago y del cuidado médico.

Una descripción de los otros propósitos para a los cuales esta práctica se permite o se requiere utilice o divulgue la información protegida de la salud sin mi consentimiento escrito o autorización .

Una descripción de aplicaciones y accesos que son prohibidos o limitados materialmente por la ley. .

Una descripción de otra aplicaciones y accesos que serán hechos solamente con mi escrito autorización y ésa puedo revocar tal autorización. .

El mi derecho individual con respecto a la información protegida de la salud y a una breve descripción en lo referente de cómo ejercito las estas derechas: .

La derecha de quejarse a esta práctica y a la secretaria de HHS si l crea que se han violado las mis derechas de aislamiento y eso ni vengativo las acciones serán utilizadas contra mí en caso de tal queja. .

La derecha de pedir restricciones en ciertas aplicaciones y accesos de mi la información protegida de la salud, y ésa esta práctica no se requiere a convenga una restricción pedida.

La derecha de recibir comunicaciones confidenciales de la salud protegida información. . La derecha de examinar e información contra reproducciones de la salud. .

La derecha de enmendar la información protegida de la salud.

La derecha de recibir una contabilidad de accesos de la salud protegida información.

La derecha de obtener una copia de papel del aviso de la aislamiento practica de esta práctica a petición.

Esta práctica se reserva la derecha de cambiar los términos de su aviso de las prácticas de la aislamiento y de adoptar nuevas provisiones eficaces para toda la información protegida de la salud que mantenga. Entiendo que puedo obtener el aviso actual de esta práctica de las prácticas de la aislamiento a petición.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_