

**Aviso de prácticas de privacidad-HIPAA**  
**Acuse de recibo****University HealthCare Alliance**

Al firmar este formulario, usted reconoce haber recibido el aviso de prácticas de privacidad de University HealthCare Alliance. Nuestro aviso ofrece información sobre las maneras en que podríamos usar y revelar la información médica que mantengamos sobre usted. Le recomendamos que se lo lea por completo. Si tiene alguna pregunta sobre nuestro aviso de prácticas de privacidad que no pueda contestar nuestro personal de registro, llame a nuestro Ejecutivo Director de Cumplimiento (*Executive Director of Compliance*) al 510-806-3228, o envíe una solicitud de información por escrito a la Oficina de Cumplimiento a la siguiente dirección: Compliance Office, 7999 Gateway Blvd, Suite 200, Newark, CA 94560

University HealthCare Alliance (“UHA”) es una fundación médica asociada con Stanford Health Care y Stanford Medicine. UHA tiene contratos con varios grupos médicos para brindar la atención médica en las clínicas UHA. Los médicos en las clínicas no son empleados de UHA, Stanford Health Care o Stanford University, por lo que estos no ejercen control sobre los servicios profesionales que brindan los grupos médicos.

ACUSE DE RECIBO: Reconozco haber recibido el Aviso de prácticas de privacidad de University HealthCare Alliance.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
(paciente/padre/madre/representante personal)

Imprima el nombre de la persona firmando: \_\_\_\_\_

De no ser el paciente, especifique la relación (o parentesco): \_\_\_\_\_

**-For Internal Use Only: Inability to Obtain Acknowledgment**

If University HealthCare Alliance or its member medical group is not able to obtain the patients acknowledgment, record the good-faith effort made to obtain acknowledgment and the reason acknowledgment not obtained:

**Effort to obtain acknowledgment:**

- In-person request
- Request via mail (send copy of letter to Medical Records for inclusion in patient’s record)
- Request via email
- Other: \_\_\_\_\_

**Reason acknowledgment was not obtained:**

- Patient refused to sign
- Patient unable to sign
- Patient did not return acknowledgement via mail or email
- Other: \_\_\_\_\_

Staff Print Name/Title/Clinic: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Staff Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_