



Name

MRN

### Aviso de prácticas de privacidad-HIPAA Acuse de recibo

#### Stanford Medicine Partners

Al firmar este formulario, usted reconoce haber recibido el aviso de prácticas de privacidad de Stanford Medicine Partners. 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 departamento de Cumplimiento al 1-855-454-9246, 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

Stanford Medicine Partners es una organización sin fines de lucro independiente que está afiliada a Stanford University, Stanford Health Care y Stanford Health Care Tri-Valley, pero que es independiente de ellas. Stanford Medicine Partners contrata grupos médicos para proporcionar atención médica en sus clínicas. Stanford Medicine Partners, Stanford Health Care, Stanford Health Care Tri-Valley y Stanford University no ejercen ningún control sobre dichos grupos médicos ni sobre la atención proporcionada por los médicos y los proveedores de prácticas avanzadas de dichos grupos médicos, ni tampoco son responsables por sus acciones. Los médicos y proveedores de prácticas avanzadas de los grupos médicos que proporcionan atención en las clínicas de Stanford Medicine Partners no son empleados, representantes ni agentes de Stanford Medicine Partners, Stanford Health Care, Stanford Health Care Tri-Valley o Stanford University.

ACUSE DE RECIBO: Reconozco haber recibido el aviso de prácticas de privacidad de Stanford Medicine Partners.

**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 Stanford Medicine Partners 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: \_\_\_\_\_