

PATIENT NAME

MEDICAL RECORD NUMBER

Arrival Label



**Stanford
HEALTH CARE**

7999 Gateway Blvd., Suite 200,
Newark, CA 94560

**HIPAA - NOTICE OF PRIVACY PRACTICE
ACKNOWLEDGEMENT**

University HealthCare Alliance

Al firmar este formulario, usted confirma haber recibido la *Notificación sobre las prácticas de privacidad de University HealthCare Alliance*. Nuestra Notificación le informa sobre cómo podemos usar y divulgar la información médica que tenemos sobre usted. Le pedimos que lea la Notificación completa. Si tiene alguna pregunta acerca de la *Notificación sobre las Prácticas de Privacidad* que el personal del área de registro no pueda contestarle, sírvase contactar a nuestro Director de Cumplimiento al 510-731-2635. También puede enviar la(s) pregunta(s) por escrito a: 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: Confirmando haber recibido la *Notificación sobre las Prácticas de Privacidad de University HealthCare Alliance*.

Firma: _____
(paciente/padre/madre/representante personal)

Fecha: _____

Si usted no es el paciente, por favor indique qué relación tiene con él _____

For Internal Use Only: Inability to Obtain Acknowledgment

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

Effort to obtain acknowledgement:

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

Reason acknowledgement was no obtained:

- Patient refused to sign
- Patient unable to sign
- Patient did not return acknowledgement via mail, e-mail
- Other: _____

Staff Print Name/Title/Supervisor:

_____/_____/_____

Staff Signature: _____

Date: _____