

PATIENT NAME

MEDICAL RECORD NUMBER



**Stanford  
HEALTH CARE**

**University HealthCare Alliance**

**HIPAA – NOTIFICACIÓN DE ACUSO  
DE RECIBO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD**

Etiqueta de Llegada

Al firmar este formulario, usted acepta haber recibido la *Notificación sobre las normas de privacidad de la red de atención médica 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 Normas de Privacidad* que el personal del área de registro no puede contestarle, sírvase contactar a nuestro Director de Privacidad al 650-725-1110. También puede enviarle la(s) pregunta(s) por escrito a: 855 Oak Grove Avenue, Suite 100, Menlo Park, CA 94025.

**ACUSO DE RECIBO:** Acepto haber recibido la *Notificación sobre las Normas de Privacidad de la red de atención médica University HealthCare Alliance*.

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

**Fecha:** \_\_\_\_\_

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

**Sólo para uso interno: imposibilidad de obtener acuso de recibo**

*Si la red de atención médica University HealthCare Alliance o un grupo médico participante no puede obtener el acuse de recibo del paciente, registre el intento de buena fe que se ha hecho para obtenerlo y la razón por la cual no pudo obtenerse:*

Intento de obtener el acuso de recibo:

- Se solicitó en persona
- Se solicitó por correo postal (envíe una copia de la carta a la Oficina de Expedientes Médicos para que la guarden en el expediente del paciente)
- Se solicitó por correo electrónico
- Otro(a): \_\_\_\_\_

Razón por la cual no pudo obtenerse el acuse de recibo:

- El paciente se negó a firmar
- El paciente no puede firmar
- El paciente no devolvió el acuso de recibo vía correo postal o correo electrónico
- Otro(a): \_\_\_\_\_

Nombre (letra de imprenta)/cargo del miembro del personal/Supervisor:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del miembro del personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

University HealthCare Alliance ("UHA") es una fundación médica afiliada a Stanford Health Care y Stanford Medicine. UHA contrata a varios grupos médicos para proporcionar atención médica en las clínicas de UHA. Ni UHA ni Stanford Health Care ni Stanford University emplean a los médicos de las clínicas ni ejercen control sobre los servicios profesionales proporcionados por los grupos médicos.

# University HealthCare Alliance

## Resumen de la notificación sobre las normas de privacidad

ESTE ES UN RESUMEN DE NUESTRA "NOTIFICACIÓN SOBRE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD" EN LA QUE SE DESCRIBE COMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA O LA DE SU HIJO ("USTED") Y COMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. TAMBIÉN LE HEMOS DADO LA VERSIÓN COMPLETA DE ESTA NOTIFICACIÓN.

### **Nuestro compromiso con la protección de su privacidad:**

University HealthCare Alliance ("la Clínica") se compromete a proteger la privacidad de su información médica. Su cuidado y su tratamiento se registran en un expediente médico. Para que podamos satisfacer sus necesidades médicas de la mejor forma posible, compartimos sus expedientes médicos con los profesionales médicos que lo atienden. También compartimos la información que sea exclusivamente necesaria para cobrar los servicios proporcionados a usted, administrar el funcionamiento de la Clínica y cumplir con las leyes que rigen la atención médica. No usaremos ni divulgaremos su información con ningún otro propósito sin su permiso.

### **Usted tiene los siguientes derechos en cuanto a su información médica:**

- Inspeccionar y obtener una copia de sus expedientes médicos. Este derecho está sujeto a ciertas excepciones limitadas;
- Agregar un anexo a su expediente médico o corregirlo;
- Solicitar un informe sobre la forma en que la Clínica ha divulgado su información médica;
- Solicitar restricciones a ciertos usos o divulgaciones de su información médica;
- Solicitar que nos comuniquemos con usted de determinada forma o en un lugar en particular; y
- Recibir una copia de la versión completa de nuestras Normas de Privacidad.

### **Propósitos por los cuales podemos usar y divulgar su información médica:**

- Para proveerle del tratamiento y los servicios médicos que necesite;
- Para facturar y recibir el pago del tratamiento y los servicios que usted recibió;
- Para actividades necesarias para administrar la Clínica y asegurarnos de que nuestros pacientes reciban cuidados de alta calidad;
- Para participar en estudios de investigación, sujetos a ciertos requisitos (para obtener más información, sírvase leer la versión completa de la Notificación sobre las normas de privacidad); y
- Según lo requiera o lo permita la ley.

### **Existen otras situaciones en las que podemos divulgar su información médica sin que usted lo autorice, por ejemplo:**

- Actividades relacionadas con la salud pública (p.ej., reportar abusos o reacciones a las medicinas);
- A una agencia supervisora de la salud, como el Departamento de Servicios de Salud de California;
- En respuesta a una orden judicial o administrativa, citación legal, autorización o procesos similares;
- A los funcionarios encargados del cumplimiento de la ley, en ciertas circunstancias limitadas;
- A personal forense (médico o no médico) o al director de una funeraria; y
- A organizaciones que se ocupan de obtener o trasplantar órganos, ojos o tejido.

*De vez en cuando, nuestra Notificación puede ser revisada o actualizada. Para obtener una descripción más detallada de nuestras normas de privacidad, sus derechos en cuanto a su información médica y la información de contacto pertinente, sírvase leer la versión completa de nuestra Notificación sobre las normas de privacidad.*

**Para obtener más información sobre la versión completa de las Normas de privacidad, por favor, comuníquese con el Director de Privacidad de la Clínica al (650) 725-1110.**