

Patient Name: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

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



**NOTICE OF PRIVACY PRACTICE ACK – NOR CAL  
- SPANISH**

**AVISO SOBRE PRÁCTICAS PARA MANTENER LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

Los reglamentos de HIPAA (“Health Insurance Portability and Accountability Act”, en español: Acta de Responsabilidad y Traslado) requieren que le proporcionemos a usted, el paciente, o a su representante personal, una copia de nuestro Aviso Sobre Practicas Para Mantener la Información Confidencial y que usted acuse recibo del folleto por medio de su firma.

[http://www.stjhs.org/documents/SJH\\_Notice-of-Privacy-Practices-June2014.pdf?furl=sjhprivacypractices](http://www.stjhs.org/documents/SJH_Notice-of-Privacy-Practices-June2014.pdf?furl=sjhprivacypractices)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Representante

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente      Fecha

Ustedes pueden proporcionar información acerca de mi estado de salud a:

**SOLICITUD PARA MEDIOS DE COMUNICACION ALTERNOS**

Usted puede solicitar que la información protegida y confidencial acerca de su salud (PHI por sus siglas en inglés) se la envíen por medios privados alternos o a un domicilio diferente. Probablemente no le preguntemos el motivo de su solicitud. Daremos curso a todas las solicitudes razonables. Si hace una solicitud especial, debe proporcionarnos un domicilio alternativo u otro método para comunicarnos con usted (número de teléfono, etc.) Por favor especifique el modo en que desea que nos comuniquemos con usted:

Dejar un mensaje detallado en el contestador autoático #: \_\_\_\_\_

Enviar comunicación a través fax # \_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_