

Patient Name: _____

MRN: _____

Date: _____

Hoag Medical Group • Mission Heritage Medical Group
St. Joseph Heritage Medical Group • St. Jude Heritage Medical Group
• St. Mary High Desert Medical Group
In alliance with St. Joseph Heritage Healthcare

NOTICE OF PRIVACY PRACTICE ACK – SO CAL

HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) regulations require us to provide to you, the patient or personal representative, a copy of our Notice of Privacy Practice and for you to sign as acknowledging receipt of this brochure.

http://www.stjhs.org/documents/SJH_Notice-of-Privacy-Practices-June2014.pdf?furl=sjhprivacypractices

Patient Name (Print)

Date of Birth

Patient /Representative Signature

Relationship to Patient Date

You may share information about my condition with:

REQUEST FOR ALTERNATIVE MEANS OF COMMUNICATION

You may request to receive confidential communications involving your protected health information (PHI) by an alternative means or at alternative addresses. We may not ask you the reason for your request. We will accommodate all reasonable requests. If you make a special request, you must give us an alternative address or other method of contacting you (phone number etc.). Please specify how or where you wish to be contacted:

Leave a detailed message on Answering Machine #: _____

Send communication via fax #: _____

Signature of patient or representative: _____

Relationship to patient _____ Date: _____

Witness: _____ Date: _____

Patient Name: _____

MRN: _____

Date: _____

Hoag Medical Group • Mission Heritage Medical Group
St. Joseph Heritage Medical Group • St. Jude Heritage Medical Group
• St. Mary High Desert Medical Group
In alliance with St. Joseph Heritage Healthcare

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICE ACK – SO 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

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 automático #: _____

Enviar comunicación a través fax # _____

Firma del paciente o representante: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____