



اطلاعیه کاربرد اطلاعات خصوصی

تایید دریافت

تایید دریافت

با امضای این فرم شما دریافت اطلاعیه کاربرد اطلاعات خصوصی را تایید می کنید. اطلاعیه کاربرد اطلاعات خصوصی ما اطلاعاتی درباره چگونگی استفاده ما و برملا ساختن اطلاعات پزشکی شما فراهم می کند. ما شما را تشویق می کنیم که آن را به طور کامل بخوانید.

اطلاعیه کاربرد اطلاعات خصوصی ما می تواند عوض بشود. اگر ما اطلاعیه خود را عوض کنیم، شما می توانید یک نسخه از اطلاعیه تجدید نظر شده را از وب سایت <http://ochealthinfo.com/about/admin/hipaa/npp> و یا با تماس با افسر خصوصی کانتی به شماره تلفن 834-4082 (714) دریافت کنید.

اگر شما هر گونه سوالی در مورد اطلاعیه کاربرد اطلاعات خصوصی ما دارید لطفا با افسر خصوصی کانتی با شماره 834-4082 (714) تماس بگیرید.

من دریافت اطلاعیه کاربرد اطلاعات خصوصی کانتی اورنج را تایید می کنم.

نام چاپ: _____ تاریخ: _____

امضا: _____
(مریض/والدین/مراقب/سرپرست)

INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGEMENT

To be completed only if signature is not obtained. Please check the box that best applies.

- Patient/Client has already received NPP at another County facility.
- Patient/Client to receive anonymous testing; wishes to remain anonymous.
- Please describe the good faith efforts made to obtain the patient's/client's acknowledgement, and the reasons why the acknowledgement was not obtained below:

Print Name: _____ Date: _____

Signature: _____
(County Clinic/Office Staff)

