



الإشعار بممارسات الخصوصية إقرار بالاستلام

إقرار بالاستلام

إنكم بتوقيع هذه الاستمارة، تقررون باستلام إشعار ممارسات الخصوصية لمقاطعة أورانج. ويقدم إشعارنا بممارسات الخصوصية معلومات حول الطريقة التي يمكنكم بها استخدام والافصاح عن معلوماتكم الطبية. فنناشدكم بقراءته بالكامل.

يخضع إشعارنا بممارسات الخصوصية للتغيير. ويجوز لكم الحصول على نسخة من الإشعار المعدل إذا ما عدلنا إشعارنا عبر التسجيل على <http://ochealthinfo.com/about/admin/hipaa/npp> أو بالاتصال بمسؤول الخصوصية بالمقاطعة على (714) 834-4082.

ويرجاء الاتصال بمسؤول الخصوصية بالمقاطعة على (714) 834-4082 إذا كانت لديكم أي استفسارات حول إشعارنا بممارسات الخصوصية.

إنني أقر باستلام إشعار مقاطعة أورانج بممارسات الخصوصية.

الاسم طباعة: _____ التاريخ: _____

التوقيع: _____
(المريض/الأب/الوصي/ولي الأمر)

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)