



隐私条例说明 回执

确认书

我了解隐私条例说明 (Notice of Privacy Practices) 提供有关橙县如何使用和披露您的医疗信息以及我如何访问和行使有关我的医疗信息的权利的信息。

除非法律要求或信息阻止例外情况另有规定，否则橙县医疗保健机构(OC Health Care Agency)不会从事干扰访问、交换或使用您的电子健康信息的做法。

本隐私条例说明可发生更改。如果本说明发生更改，您可以通过登陆 <http://ochealthinfo.com/about/admin/hipaa/npp> 或拨打联系本县合规办公室 (Office of Compliance) 电话(714) 834-4082 或隐私官员 (County Privacy Officer) 电话(714) 568-5614 获取已修订的说明副本。

如果您对本隐私条例说明有任何疑问，请拨打或拨打联系本县合规办公室 (Office of Compliance) 电话(714) 834-4082 或隐私官员 (County Privacy Officer) 电话(714) 568-5614 。

本人确认收到橙县隐私条例说明。

客户名称: _____ 日期: _____

签名: _____
(客户/父母/监护人/监护人)

如果您不是客户，而是代表客户签名，请完成以下作：

客户个人代表姓名: _____

与客户的关系: _____

健康信息交换 OPT-IN (除非法律要求披露)

健康信息交换 (HIE)

允许我们以电子方式与我们机构外参与您护理的其他医疗保健提供者共享您的信息。如果您想选择加入此过程，我们将在必要时与您的参与提供者共享您

的信息以进行治疗。如果您想在选择加入后随时选择退出此流程，请联系您的提供商。

如果选择加入，则需要下面的框中提供客户/客户代表的姓名首字母。

患者/客户已选择 选择加入。

If the client has elected to opt-in to the HIE, the Authorization to Use and Disclose (ATD) is required to be completed to share PHI in the HIE.

INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGEMENT

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

<input type="checkbox"/>	Declined to sign
<input type="checkbox"/>	Other reason. 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:
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	

Print Name: _____ Date : _____

Signature : _____
(County Clinic/Office Staff)