

개인정보 관행 통지서

수령확인

수령확인서

저는 개인정보 보호 관행 통지서가 오렌지 카운티가 저의 의료 정보를 어떻게 사용하고 공개할 수 있는지, 그리고 의료 정보에 대한 접근 및 권리 행사 방법에 대한 정보를 제공한다는 것을 이해합니다.

법률에 의해 요구되거나 정보 차단 예외로 명시되지 않는 한, OC Health Care Agency 는 저의 전자 건강 정보 접근, 교환 또는 사용을 방해하는 행위를 하지 않습니다.

개인정보 보호 수칙 공지는 수정 될 수 있습니다. 공지 사항 변경 시, 귀하는 <http://ochealthinfo.com/about/admin/hipaa/npp> 사이트에 방문하거나, 규정 준수 사무소(714) 568-5614 또는 카운티 개인정보 보호책임자(714) 834-4082 로 연락하여 수정된 공지 사본을 받을 수 있습니다.

개인정보 보호 관행 통지서에 대해 궁금한 점이 있으시면 (714) 568-5614 규정 준수 사무소 또는 (714) 834-4082 카운티 개인정보 보호책임자에게 문의하시기 바랍니다.

본인은 오렌지 카운티의 개인정보 보호 관행 통지서를 받은 것을 인정합니다.

의뢰인 이름: _____ 날짜: _____

서명: _____
(의뢰인/부모/컨서베이터/가디언)

본인이 의뢰인이 아닌 경우 의뢰인을 대신하여 서명 하는 경우 다음을 작성합니다:

의뢰인의 대변인 이름: _____

의뢰인과의 관계: _____

건강 정보 교환 선택 (법에 의해 공개가 요구되지 않는 경우)

건강 정보 교환(HIE)을 통해 귀하의 정보를 이 시설 외부의 다른 의료 제공자와 전자적으로 공유할 수 있습니다. 공유를 허락하고 싶으시면, 치료에 필요한 정보를 참여 의료 제공자와 공유해드리겠습니다. 선택 후, 언제든지 정보 공유를 종료 하고 싶으시면 의료 제공자에게 문의하시기 바랍니다.

정보교환 허락을 선택하실시, 아래 상자에 의뢰인/의뢰인 대변인의 이니셜이 필요합니다.

	환자/의뢰인이 정보교환 허락을 선택했습니다.
--	--------------------------

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.

☐

Declined to sign

☐

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:

Print Name: _____ Date: _____

Signature: _____
(County Clinic/Office Staff)