УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛИЧНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Подтверждение получения

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕНИЯ

Я понимаю, что в *Уведомлении о порядке использования личной информации (Notice of Privacy Practices)* излагается информация о том, как округ Оринджа может использовать и раскрывать мои медицинские данные и как я могу получить доступ к правам и осуществлять их относительно моих медицинских данных.

Кроме случаев, предусмотренных законом или оговоренных в исключении, связанном с ограничением доступа к информации, Агентство по вопросам здравоохранения округа Оринджа (OC Health Care Agency) не предпринимает действий, которые препятствуют доступу, обмену или использованию вашей электронной медицинской информации.

NPP может быть изменено. В таком случае вы можете получить копию обновленной формы, войдя на сайт http://ochealthinfo.com/about/admin/hipaa/npp или позвонив в Отдел соблюдения нормативных требований (Office of Compliance) по номеру (714) 568-5614 или окружному инспектору по соблюдению конфиденциальности данных (County Privacy Officer) по номеру (714) 834-4082.

Если у вас возникли вопросы об *NPP*, позвоните в Отдел соблюдения нормативных требований (Office of Compliance) по номеру (714) 568-5614 или окружному инспектору по соблюдению конфиденциальности данных по номеру (714) 834-4082.

Я подтверждаю получение *NPP* в округе Оринджа.

Имя и фамилия (печатными буквами): _____ Дата: _____

Подпись: _____
(Пациент / родитель / доверенное лицо / опекун)

Если вы не клиент, но подписываете документ от его имени, укажите следующую информацию:

Имя и фамилия личного представителя клиента: _____

Кем приходитесь клиенту: _____

Обмен медицинской информацией – СОГЛАСИЕ НА УЧАСТИЕ (кроме случаев, когда раскрытие требуется по закону)

Система Обмена медицинской информацией (Health Information Exchange, HIE) позволяет нам делиться вашей медицинской информацией в электронном виде со сторонними поставщиками медицинских услуг, которые участвуют в вашем лечении. Если вы захотите принять участие в этом процессе, мы будем передавать вашу медицинскую информацию специалистам, участвующим в вашем лечении, в случае необходимости. Если после согласия вы захотите отказаться от участия, то сможете сделать это в любое время, связавшись со своим лечащим врачом.

Давая согласие на участие, необходимо указать инициалы клиента / представителя клиента в поле ниже.

	Пациент/клиент **ДАЛ СОГЛАСИЕ НА УЧАСТИЕ**.

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)