



الإشعار بممارسات الخصوصية إقرار بالاستلام

إقرار بالاستلام

أفهم أن إشعار ممارسات الخصوصية يقدم معلومات حول كيفية استخدام مقاطعة أورانج لمعلوماتي الطبية والإفصاح عنها، وكيف يمكنني الوصول إليها وممارسة حقوقي بخصوصها.

ما لم يفرضه القانون أو تُحدّد استثناءات لحجب المعلومات، فإن وكالة الرعاية الصحية لمقاطعة أورانج لا تتخبط في ممارسات تتعارض مع الوصول أو تبادل استخدام معلوماتي الصحية الإلكترونية.

إشعار ممارسات الخصوصية لدينا عرضة للتغيير. يمكننا تغيير إشعارنا. يمكنك الحصول على نسخة من الإشعار المنقّح

من خلال زيارة موقعنا الإلكتروني على: <https://ocit.oc.gov/county-privacy-office/notice-privacy-practices-npp>

أو من خلال الاتصال بمكتب الامتثال على الرقم 568-5614- (714)

أو ضابط الخصوصية للمقاطعة على الرقم: 834-4082- (714)

إنني أقر باستلام إشعار/ممارسات الخصوصية لمقاطعة أورانج.

اسم العميل: _____ التاريخ: _____

التوقيع: _____

(العميل /الأب/الوصي/ولي الأمر)

إذا لم تكن العميل ولكنك توقع نيابةً عن العميل، يُرجى إكمال ما يلي:

اسم الممثل الشخصي للعميل: _____

علاقة الممثل بالعميل: _____

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)