



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 Ориндж 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 Ориндж (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 <https://ocit.oc.gov/county-privacy-office/notice-privacy-practices-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 Ориндж.

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 приходиться клиенту: _____

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)