



HẠT MARIN

Chương trình Quyền riêng tư Thông tin
Y tế và Sức khỏe PIPAA

THÔNG BÁO THỰC HÀNH QUYỀN RIÊNG TƯ GIẤY XÁC NHẬN

Tên khách hàng hoặc Người đăng ký: _____
(Vui lòng in tên khách hàng hoặc tên người đăng ký)

Tôi, _____,
(In tên của khách hàng, người đăng ký, người giám hộ, cha mẹ hoặc người bảo hộ hợp pháp ký tên dưới đây)

xác nhận đã nhận được Thông báo Thực hành Quyền riêng tư mô tả cách thông tin y tế/sức khỏe của tôi có thể được sử dụng và tiết lộ bởi Hạt Marin và cách tôi có thể tiếp cận thông tin y tế/sức khỏe của mình.

DỊCH VỤ PHỤC HỒI VÀ SỨC KHỎE HÀNH VI – NHÓM TIẾP CẬN

(Tên tiện ích, nhà cung cấp hoặc chương trình)

Đã ký: _____ Ngày: _____

Nếu không được ký bởi khách hàng, hãy nêu rõ mối quan hệ: _____

Chú ý: Cha mẹ phải có quyền giám hộ hợp pháp. Người bảo hộ hợp pháp và người giám hộ phải trình bằng chứng về thẩm quyền.

Phần này sẽ được điền bởi một Đại diện của Hạt Marin

Khách hàng đã nhận được Thông báo Thực hành Quyền riêng tư (bản in hoặc băng âm thanh), nhưng không ký vào mẫu này vì:

Khách hàng đã rời khỏi văn phòng trước khi mẫu Giấy xác nhận có thể được ký.

Khách hàng từ chối ký vào mẫu Giấy xác nhận.

Khách hàng không thể ký vào mẫu Giấy xác nhận vì: _____

Khách hàng đã không nhận được Thông báo Thực hành Quyền riêng tư (định dạng in hoặc băng âm thanh) vì:

Khách hàng cần điều trị khẩn cấp.

Khách hàng đã từ chối chấp nhận bản in của Thông báo và từ chối ký vào mẫu Giấy xác nhận này.

Khách hàng từ chối nghe phiên bản băng âm thanh của Thông báo và từ chối ký vào mẫu Giấy xác nhận này.

Khác: _____

TÊN NHÀ CUNG CẤP HOẶC ĐẠI DIỆN NHÀ CUNG CẤP:	
CHỮ KÝ CỦA NHÀ CUNG CẤP HOẶC ĐẠI DIỆN NHÀ CUNG CẤP:	NGÀY: