



THÔNG CÁO VỀ VIỆC BẢO VỆ ĐỜI TƯ

**CÔNG NHẬN ĐÃ NHẬN ĐƯỢC BẢN THÔNG CÁO
(ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT)**

Ký tên vào giấy này là quý vị công nhận rằng quý vị đã nhận được bản *Thông Báo Về Bảo Vệ Đời Tư (Notice of Privacy Practices)*. Bản *Thông Báo Về Việc Bảo Vệ Đời Tư* sẽ giải thích cho quý vị biết chúng tôi có thể xử dụng và tiết lộ thông tin y khoa hoặc thông tin bảo mật về sức khỏe của quý vị (PHI) như thế nào. Xin quý vị đọc kỹ.

Bản *Thông Báo Về Bảo Vệ Đời Tư* có thể được sửa đổi. Nếu chúng tôi sửa đổi nội dung bản Thông Báo thì chúng tôi sẽ dán bản Thông Báo đã được sửa đổi tại các cơ sở của chúng tôi. Quý vị có thể lấy bản *Thông Báo Về Bảo Vệ Đời Tư* mới nhất nơi nhân viên Ghi Danh hoặc Nhập Viện khi quý vị đến bất cứ cơ sở nào của chúng tôi để điều trị hoặc nhận dịch vụ.

Tôi công nhận đã nhận một bản *Thông Báo Về Việc Bảo Vệ Đời Tư* của Hệ Thống Y Tế Hạt Santa Clara (County of Santa Clara Health System - CSCHS).

Ngày/Date: _____ Chữ ký/Signature: _____
(bệnh nhân/ cha, mẹ/ quản lý/ bảo hộ)

Tên/Name: _____
(viết chữ in)

=====

INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGEMENT

This portion must be completed only if no signature can be obtained. If it is not possible to obtain the individual's acknowledgement, describe good faith efforts made to obtain the acknowledgement, and the reasons why the acknowledgement could not be obtained.

Date: _____ Signature: _____
(Representative of CSCHS)

Title: _____