



隐私惯例通知
回执收达确认

一旦签署本表，即表示您已确认收到乙份隐私惯例通知 (**Notice of Privacy Practices**) 纸本。我们的隐私惯例通知目的是向您提供我们如何使用和批露您医疗或受保护的个人信息(PHI)。请仔细阅读。

我们的隐私惯例通知可能会随时变更。如果我们有变更该通知，我们会在各机构设施内张贴修订版。当您来到我们任何机构设施接受服务或治疗时，您可以从我们的挂号/注册(Registration) 或入院登记 (Admitting) 处的人员那里取得最新版的隐私惯例通知纸本。

本人在此确认收到圣塔克拉拉县卫生系统(CSCHS)的隐私惯例通知。

日期: _____ 签名: _____
(患者/父母/监管人/法定代理人)

名字: _____
(请书写正楷)

=====

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: _____