



隱私慣例通知
回執收達確認

一旦簽署本表，即表示您已確認收到乙份隱私慣例通知 (**Notice of Privacy Practices**) 紙本。我們的隱私慣例通知目的是向您提供我們如何使用和批露您醫療或受保護的個人健康資料(PHI)。請仔細閱讀。

我們的隱私慣例通知可能會隨時變更。如果我們有變更該通知，我們會在各機構設施內張貼修訂版。當您來到我們任何機構設施接受服務或治療時，您可以從我們的掛號/註冊(Registration)或入院登記 (Admitting)處的人員那裡取得最新版的隱私慣例通知紙本。

本人在此確認收到聖塔克拉拉縣衛生系統(CSCHS)的隱私慣例通知。

日期: _____ 簽名: _____
(患者/父母/監管人/法定代理人)

名字: _____
(請書寫正楷)

=====

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: _____