



اطلاعیه اقدامات حریم خصوصی

تأیید دریافت

شما با امضای این فرم، تأیید می‌کنید که کپی اطلاعیه اقدامات حریم خصوصی ما را دریافت کرده‌اید. اطلاعیه اقدامات حریم خصوصی اطلاعاتی در این خصوص به شما می‌دهد که چگونه ما می‌توانیم از اطلاعات حفاظت شده شما استفاده و آن را افشا کنیم. لطفاً آن را با دقت بخوانید.

اطلاعیه اقدامات حریم خصوصی ما قابل تغییر است. اگر اطلاعیه خود را تغییر دهیم، نسخه اصلاح شده را در مراکز خود نصب خواهیم کرد. هنگامی که برای دریافت خدمات یا درمان به هریک از مراکز ما مراجعه می‌کنید، می‌توانید یک نسخه از آخرین اطلاعیه اقدامات حریم خصوصی را از کارکنان ثبت نام یا پذیرش ما دریافت کنید.

بدین وسیله دریافت اطلاعیه اقدامات حریم خصوصی سیستم بهداشت شهرستان سانتا کلارا (County of Santa Clara health System, CSCHS) را تأیید می‌کنم.

امضا: \_\_\_\_\_  
(بیمار/والد/قیم/سرپرست)

تاریخ: \_\_\_\_\_

نام: \_\_\_\_\_  
(لطفاً با حروف درشت و خوانا بنویسید)

=====

عدم امکان دریافت تأیید

این بخش فقط باید در صورتی تکمیل شود که هیچ امضایی اخذ نشده باشد. اگر امکان گرفتن تأیید فرد وجود ندارد، تلاش‌های صورت گرفته با حسن نیت برای دریافت تأیید مذکور و دلایل عدم امکان دریافت این تأیید را شرح دهید.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

امضا: \_\_\_\_\_  
نماینده CSCHS  
( )

تاریخ: \_\_\_\_\_

عنوان: \_\_\_\_\_