



**УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ
ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕНИЯ**

Подписывая эту форму, вы подтверждаете получение копии нашего **Уведомления о порядке использования конфиденциальной информации**. Наше **Уведомление о порядке использования конфиденциальной информации** предоставляет вам информацию о том, как мы можем использовать и разглашать вашу медицинскую или защищенную медицинскую информацию (PHI). Пожалуйста, внимательно прочитайте его.

Наше **Уведомление о порядке использования конфиденциальной информации** может быть изменено. Если мы внесем изменения в наше уведомление, мы разместим его в новой редакции в наших учреждениях. Вы можете получить копию последней редакции **Уведомления о порядке использования конфиденциальной информации** у сотрудников регистратуры или приемного отделения при посещении одного из наших учреждений для получения услуг или лечения.

Я настоящим подтверждаю получение **Уведомления о порядке использования конфиденциальной информации** системы здравоохранения округа Санта-Клара (CSCHS).

Дата: _____

Подпись: _____

(пациент/родитель/опекун/законный представитель)

Имя и фамилия: _____

(пожалуйста, укажите печатными буквами)

=====
НЕВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛУЧИТЬ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

Этот раздел заполняется только в том случае, если подпись не может быть получена. Если невозможно получить подтверждение от лица, опишите добросовестные усилия, предпринятые для получения подтверждения, и причины, по которым подтверждение не удалось получить.

Дата: _____

Подпись: _____

(Представитель CSCHS)

Должность: _____