



**ABISO TUNGKOL SA MGA KAGAWIAN  
SA PAGKAPRIBADO**

**PAGKUMPIRMA SA PAGTANGGAP**

Sa pamamagitan ng paglagda sa form na ito, kinukumpirma ninyong natanggap na ninyo ang kopya ng aming **Abiso tungkol sa Mga Kagawian sa Pagkapribado**. Ang aming **Abiso tungkol sa Mga Kagawian sa Pagkapribado** ay nagbibigay sa inyo ng impormasyon tungkol sa kung paano namin maaaring gamitin at ihayag ang inyong medikal o pinoprotektahang impormasyon sa kalusugan (protected health information, PHI). Pakibasa ito nang mabuti.

Maaaring mabago ang aming **Abiso tungkol sa Mga Kagawian sa Pagkapribado**. Kung babaguhin namin ang aming abiso, ipapaskil namin ang narebisang bersyon sa aming mga pasilidad. Maaari kayong kumuha ng kopya ng pinakabagong **Abiso tungkol sa Mga Kagawian sa Pagkapribado** mula sa aming Registration o Admitting staff kapag pumunta kayo sa alinman sa aming mga pasilidad para sa mga serbisyo o paggamot.

Kinukumpirma ko sa pamamagitan nito ang pagtanggap sa **Abiso tungkol sa Mga Kagawian sa Pagkapribado** ng Health System ng County ng Santa Clara (County of Santa Clara Health System, CSCHS).

Petsa: \_\_\_\_\_

Lagda: \_\_\_\_\_  
(pasyente/magulang/conservator/tagapangal  
aga)

Pangalan: \_\_\_\_\_  
(paki-print)

=====

**KAWALAN NG KAKAYAHANG MAKAKUHA NG PAGKUMPIRMA**

*Pupunan lamang ang bahaging ito kung hindi makakakuha ng lagda. Kung hindi posible na makuha ang pagkumpirma ng indibidwal, ilarawan ang tapat na pagsisikap na makuha ang pagkumpirma, at ang mga dahilan kung bakit hindi makuha ang pagkumpirma.*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Petsa: \_\_\_\_\_

Lagda: \_\_\_\_\_  
(Kinatawan ng CSCHS)

Pamagat: \_\_\_\_\_