|  |
| --- |
| **الإشعار بممارسات الخصوصية** |
| **Bwcologo3إقرار بالاستلام** |
|  |
| إقرار بالاستلام |
| إنكم بتوقيع هذه الاستمارة، تقرون باستلام *إشعار ممارسات الخصوصية* لمقاطعة أورانج. ويقدم *إشعارنا بممارسات الخصوصية* معلومات حول الطريقة التي يمكنكم بها استخدام والافصاح عن معلوماتكم الطبية. فنناشدكم بقراءته بالكامل.  يخضع *إشعارنا بممارسات الخصوصية* للتغيير. ويجوز لكم الحصول على نسخة من الإشعار المعدل إذا ما عدلنا إشعارنا عبر التسجيل على <http://ochealthinfo.com/about/admin/hipaa/npp> أو بالاتصال بمسؤول الخصوصية بالمقاطعة على 4082-834 (714) .  وبرجاء الاتصال بمسؤول الخصوصية بالمقاطعة على 4082-834 (714) إذا كانت لديكم أي استفسارات حول *إشعارنا بممارسات الخصوصية*. |
|  |
| إنني أقر باستلام *إشعار مقاطعة أورانج بممارسات الخصوصية*.  الاسم طباعة: \_\_\_التاريخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  التوقيع: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (المريض/الأب/الوصي/ولي الأمر) |

|  |  |
| --- | --- |
| **INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGEMENT** | |
| **To be completed only if signature is not obtained.** **Please check the box that best applies**. | |
|  | Patient/Client has already received NPP at another County facility. |
|  | Patient/Client to receive anonymous testing; wishes to remain anonymous. |
|  | Please describe the good faith efforts made to obtain the patient’s/client’s acknowledgement, and the reasons why the acknowledgement was not obtained below: |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | |

|  |
| --- |
| Print Name: Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (County Clinic/Office Staff) |