|  |
| --- |
| **Bwcologo3 اطلاعیۀ کاربرد اطلاعات خصوصی** |
| **تایید دریافت** |
|  |
| تایید دریافت |
| با امضای این فرم شما دریافت *اطلاعیۀ کاربرد اطلاعات خصوصی* را تایید می کنید. *اطلاعیه کاربرد اطلاعات خصوصی* ما اطلاعاتی درباره چگونگی استفاده ما و برملا ساختن اطلاعات پزشکی شما فراهم می کند. ما شما را تشویق می کنیم که آن را به طور کامل بخوانید.  *اطلاعیه کاربرد اطلاعات خصوصی* ما می تواند عوض بشود. اگر ما اطلاعیه خود را عوض کنیم، شما میتوانید یک نسخه از اطلاعیه تجدید نظر شده را از وب سایت <http://ochealthinfo.com/about/admin/hipaa/npp> و یا با تماس با افسر خصوصی کانتی به شماره تلفن (714) 834-4082 دریافت کنید.  اگر شما هر گونه سوالی در مورد  *اطلاعیۀ کاربرد اطلاعات خصوصی ما دارید* لطفا با افسر خصوصی کانتی با شماره (714) 834-4082 تماس بگیرید. |
|  |
| من دریافت *اطلاعیۀ کاربرد اطلاعات خصوصی* کانتی اورنج را تایید می کنم.  نام چاپ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  امضا: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  )مریض/والدین/مراقب/سرپرست) |

|  |  |
| --- | --- |
| **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) | |