|  |  |
| --- | --- |
| **Bwcologo3개인정보 관행 통지서** | |
| **수령확인** | |
|  | |
| 수령확인 | |
| 당신은 이 양식에 서명함으로써 오렌지 카운티 *개인정보 관행 통지서*를 수령했음을 확인합니다. 저희들의 *개인정보관행 통지서*는 저희들이 당신의 의료정보를 어떻게 사용하고 공개할 것인지에 관한 정보를 제공합니다. 저희들은 이 내용 전체를 읽도록 권합니다.  저희들의 *개인정보관행 통지서*는 수정될 수 있습니다. 저희들이 통지서를 수정할 경우, 당신은 <http://ochealthinfo.com/about/admin/hipaa/npp> 사이트에 방문하거나, 전화 번호 (714) 834-4082의 보건소 부 카운티 개인정보 담당관과 접촉해서 수정된 통지서 사본 1부를 구할 수 있습니다.  저희들의 *개인정보관행 통지서*에 대해 여하한 질문이라도 있을 경우, (714) 834-4082로 전화하여 보건소 부 카운티 개인정보 담당관에 접촉하시기 바랍니다. | |
|  | |
| 본인은 오렌지 카운티의 *개인정보관행 통지서*를 수령했음을 확인합니다.  인쇄체로 된 이름: 일자: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  서명: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (환자/부모/컨서베이터/가디언) | |
| **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) | |