



圣克拉拉谷健康与医院系统

《隐私权惯例做法通知》

收到确认书

您签署本表格即承认您已收到我们的《隐私权惯例做法通知》副本。我们的《隐私权惯例做法通知》让您了解我们如何使用和披露您的医疗或受保护的健康信息 (PHI)。务请仔细阅读。

我们的《隐私权惯例做法通知》可发生更改。如更改通知，我们会在我们设施处贴出修订后版本。当您来到我们任何一处设施接受服务或治疗时，您可从我们的登记或接待人员处获得最新的《隐私权惯例做法通知》。

本人特此承认收到圣克拉拉谷健康与医院系统 (SCVHHS) 《隐私权惯例做法通知》。

日期 _____

签字 : _____

(患者/父母/监管人/监护人)

姓名 : _____

(印刷体)

=====

无法取得确认

无无法取得签名则必须填写本部分。如不可能取得该人确认，则说明为取得确认所做的实际努力，以及无法取得确认的原因。



(PATIENT PLATE STAMP)

日期 : _____

签字 : _____

(SCVHHS 代表)

职务 : _____