



SANTA CLARA VALLEY HEALTH & HOSPITAL SYSTEM

PAUNAWA NG MGA KASANAYAN SA PAGKAPRIBADO

PAGKILALA SA PAGTANGGAP

Sa pamamagitan ng pagpirma sa form na ito, tinatanggap ninyo na nakatanggap kayo ng isang kopya ng aming Paunawa ng mga Kasanayan sa Pagkapribado. Ang aming Paunawa ng mga Kasanayan sa Pagkapribado ay nagbibigay sa inyo ng impormasyon tungkol sa kung paano namin maaaring gamitin at isiwalat ang inyong impormasyong medikal o protektadong impormasyong pangkalusugan (PHI). Mangyaring basahin ito nang maingat.

Ang aming Paunawa ng mga Kasanayan sa Pagkapribado ay maaaring mabago. Kung babaguhin namin ang aming paunawa, ipapaskil namin ang binagong bersyon sa aming mga pasilidad. Maaari kayong makakuha ng isang kopya ng pinakabagong Paunawa ng mga Kasanayan sa Pagkapribado mula sa aming tauhan sa Pagpaparehistro o Pagpasok kapag pumunta kayo sa alinman sa aming mga pasilidad para sa mga serbisyo o paggamot.

Sa pamamagitan nito kinikilala ko ang pagtanggap sa Paunawa ng mga Kasanayan sa Pagkapribado ng Santa Clara Valley Health & Hospital System (SCVHHS).

Petsa: _____

Pirma: _____

(pasyente/magulang/tagapag-alagang itinalaga ng hukom/tagapag-alaga)

Pangalan: _____

(mangyaring isulat)

=====
KAWALAN NG KAKAYAHANG MAKAKUHA NG PAGKILALA

Dapat lamang kumpletuhin ang bahaging ito kung walang makukuhang pirma. Kung hindi maaaring makakuha ng pagkilala ng indibiduwal, ilarawan ang mga ginawang pagsisikap na makakuha ng pagkilala nang may mabuting hangarin, at ang mga dahilan kung bakit hindi makakuha ng pagkilala.

Multiple horizontal lines for writing a statement.

Petsa: _____

Pirma: _____

(Kinatawan ng SCVHHS)

Posisyon: _____