



THÔNG CÁO VIỆC THỰC THI QUYỀN RIÊNG TƯ

Bản Xác Nhận Đã Nhận Được Thông Báo

BẢN XÁC NHẬN ĐÃ NHẬN ĐƯỢC THÔNG BÁO

Với việc ký tên dưới đây, quý vị xác nhận rằng đã nhận được *Thông Báo Việc Thực Thi Quyền Riêng Tư* của Quận Cam. Bản *Thông Báo Việc Thực Thi Quyền Riêng Tư* của chúng tôi cung cấp thông tin chi tiết về việc chúng tôi có thể xử dụng và tiết lộ thông tin y tế của quý vị. Chúng tôi khuyến khích quý vị hãy đọc qua hết bản thông báo ấy.

Thông Báo Việc Thực Thi Quyền Riêng Tư của chúng tôi có thể sẽ có sự thay đổi. Nếu có sự thay đổi nào, quý vị có thể có được bản sao của bản thông báo mới bằng cách đăng nhập lên trang mạng điện toán <http://ochealthinfo.com/about/admin/hipaa/npp> hoặc bằng cách liên lạc với Viên Chức Văn Phòng Bảo Vệ Quyền Riêng Tư của Quận (County Privacy Officer) qua số (714) 834-4082.

Nếu quý vị có bất cứ câu hỏi nào liên quan đến bản *Thông Báo Việc Thực Thi Quyền Riêng Tư* của chúng tôi, xin vui lòng liên lạc với Viên Chức Văn Phòng Bảo Vệ Quyền Riêng Tư của Quận (County Privacy Officer) qua số (714) 834-4082.

Tôi xác nhận đã nhận được bản *Thông Báo Việc Thực Thi Quyền Riêng Tư* của Quận Cam.

Tên Họ: _____ Ngày: _____

Chữ ký: _____
(bệnh nhân/cha mẹ/người giám hộ)

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)