



# 隐私条例说明 回执

## 回执

签署本表格，表明您确认收到橙县隐私条例说明 (*Notice of Privacy Practices*)。本隐私条例说明旨在阐明我们对您医疗信息可能的使用和披露方式。我们希望您仔细阅读所有内容。

本隐私条例说明可发生更改。如果本说明发生更改，您可以通过登陆 <http://ohealthinfo.com/about/admin/hipaa/npp> 或拨打 (714) 834-4082 联系 本县隐私官员 (County Privacy Officer) 获取已修订的说明副本。

如果您对本隐私条例说明有任何疑问，请拨打 (714) 834-4082 联系本县隐私官员。

本人确认收到橙县隐私条例说明。

正楷姓名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

签名: \_\_\_\_\_  
(患者/父母/保护人/监护人)

## 无法获取确认

仅在无法获取签名时填写。请勾选最符合的一项。

- 患者/客户已在其他县机构收到 NPP。
- 接受匿名检测的患者/客户希望保持匿名。
- 请在下面阐述为使患者/客户确认已接收本说明所作出的努力以及本说明未被确认接收的理由:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_  
(County Clinic/Office Staff)