



*Департамент здравоохранения округа Мэрион
(Marion County Health Department)*

**УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ СОБЛЮДЕНИЯ
КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ
(NOTICE OF PRIVACY PRACTICES)**

**Подтверждение о получении
(Acknowledgement of Receipt)**

**ПОЖАЛУЙСТА, ТЩАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ЭТИМ
УВЕДОМЛЕНИЕМ И ЗАТЕМ ПОДПИШИТЕСЬ ВНИЗУ ФОРМЫ И
ПОСТАВЬТЕ ДАТУ.**

Уведомление о порядке соблюдения конфиденциальности (Notice of Privacy Practices) оповещает Вас о том, как Департамент здравоохранения округа Мэрион (Marion County Health Department) может собирать, использовать или раскрывать другим лицам медицинскую информацию о Вас, а также уведомляет Вас о ваших правах на соблюдение конфиденциальности. Федеральное постановление обязует Департамент здравоохранения предложить Вам Уведомление о порядке соблюдения конфиденциальности.

Мне, _____, (имя клиента
печатными буквами)

была предложена копия Уведомления о порядке соблюдения конфиденциальности из Департамента здравоохранения округа Мэрион и я имел(-а) возможность задать вопросы о том, как информация о моем здоровье будет собираться, использоваться и раскрываться другим лицам, и о том, как я смогу пересмотреть мои права на соблюдение конфиденциальности.

Подпись клиента

Дата

Юридическое лицо или личный
представитель клиента (если применимо)

Родственность

Этот документ доступен на других языках и в других форматах, которые отвечают критериям Постановления об американцах-инвалидах (Americans with Disabilities Act - ADA).

Обратитесь к провайдеру услуг, или позвоните по главному номеру телефона в Департамент здравоохранения: по № телефона 503-588-5357, или по факсимиллю № 503-364-6552.

Персоналу Департамента здравоохранения: Пожалуйста, выдайте данный документ для заполнения и подписи лицу, получившему Уведомление о порядке соблюдения конфиденциальности.

Дата вступления в силу: 1-ого июня, 2013 года