

الإقرار باستلام "إشعار ممارسات الخصوصية"

من خلال توقيع هذا النموذج، أنت تقر بأنك قد تلقيت "إشعار ممارسات الخصوصية" الخاص بجامعة ماساتشوستس للصيدلة والعلوم الصحية (MCPHS) (التي تؤدي عملها تحت اسم متجر Optical 10 للتجزئة؛ و عيادة فورسيث لتعليم طب الأسنان (Forsyth Dental Hygiene Clinic)؛ ومركز التوازن والحركة والعافية التابع لكلية ماساتشوستس للصيدلة والعلوم الصحية (MCPHS University) Balance, Movement, and Wellness Center)؛ ومركز علاج الوخز بالإبر التابع لكلية نيو إنجلاند للوخز بالإبر (NESA Acupuncture Treatment Center)؛ ومركز العيون (The Eye and Vision Center)) يقدم هذا "الإشعار" معلومات حول كيفية استخدامنا للمعلومات الصحية والطبية التي نحفظ بها عنك والإفصاح عنها، إضافة إلى حقوقك وواجباتنا فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية المحمية. نحن نشجعك على قراءة "إشعارنا" بالكامل. إذا كانت لديك أية أسئلة حول "إشعار ممارسات الخصوصية" الخاص بنا لا يستطيع موظفو التسجيل لدينا الإجابة عنها، يُرجى التواصل مع "مسؤول الخصوصية" وفقاً لقانون إمكانية نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA) لدينا على Privacyofficer@mcpchs.edu.

أقر باستلام "إشعار ممارسات الخصوصية" لجامعة MCPHS.

التوقيع:

فرد أو "من ينوب عنه" ويتمتع بسلطة قانونية لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية

اسم المريض: _____

التاريخ: _____

(إن أمكن)

اسم الشخص الذي ينوب عنه: _____

العلاقة بالمريض: _____

"للاستخدام الداخلي فقط": عدم القدرة على "الحصول على الإقرار"

إذا لم تتمكن جامعة MCPHS من الحصول على توقيع للإقرار أعلاه، يجب على الموظفين تسجيل الجهود التي بُذلت بنية طيبة للحصول على الإقرار وسبب عدم الحصول عليه:

الجهد المبذول للحصول على الإقرار:

الطلب شخصياً

الطلب عبر البريد (احتفظ بنسخة من الرسالة لإدراجها في سجل المريض)

الطلب عبر البريد الإلكتروني

غير ذلك: _____

لم يتم الحصول على الإقرار بسبب:

رفض المريض التوقيع

عدم قدرة المريض على التوقيع

لم يُعد المريض إرسال الإقرار عبر البريد أو البريد الإلكتروني

غير ذلك: _____

طباعة اسم الموظف/الاسم الوظيفي/المركز: _____

توقيع الموظف: _____ التاريخ: _____