

Accusé de réception de l'avis de pratiques de confidentialité

En signant ce formulaire, vous reconnaissez avoir reçu l'avis de pratiques de confidentialité de l'Université MCPHS (d/b/a 10 Optical ; Forsyth Dental Hygiene Clinic ; MCPHS University Balance, Movement, and Wellness Center ; NESA Acupuncture Treatment Center ; et The Eye and Vision Center). Notre Avis fournit des informations sur la manière dont nous pouvons utiliser et divulguer les informations de santé et médicales que nous conservons à votre sujet, ainsi que sur vos droits et nos devoirs concernant vos informations de santé protégées. Nous vous encourageons à lire notre avis complet. Si vous avez des questions sur notre Avis de pratiques de confidentialité auxquelles notre personnel d'inscription ne peut pas répondre, veuillez contacter notre responsable de la confidentialité HIPAA à privacyofficer@mcphs.edu.

J'accuse réception de l'avis de pratiques de confidentialité de l'Université MCPHS.

Signature : _____
Personne physique ou représentant personnel ayant le pouvoir légal de prendre des décisions en matière de soins de santé

Nom du patient : _____ Date : _____

(Le cas échéant)

Nom du représentant personnel : _____

Relation avec le patient : _____

Pour usage interne uniquement : Impossibilité d'obtenir un accusé de réception

Si l'Université MCPHS n'est pas en mesure d'obtenir une signature sur l'accusé de réception ci-dessus, le personnel doit enregistrer les efforts de bonne foi déployés pour obtenir l'accusé de réception et la raison pour laquelle l'accusé de réception n'a pas été obtenu :

Effort pour obtenir une reconnaissance :

- Demande en personne
- Demande par courrier (conserver une copie de la lettre pour inclusion dans le dossier du patient)
- Demande par email
- Autre : _____

Raison pour laquelle l'accusé de réception n'a pas été obtenu :

- Le patient a refusé de signer
- Le patient est incapable de signer
- Le patient n'a pas renvoyé d'accusé de réception par courrier ou par e-mail
- Autre : _____

Nom du membre du personnel (en lettres moulées)/Titre/Centre : _____/_____/_____

Signature du membre du personnel : _____ Date : _____