

THÔNG BÁO VỀ THỰC THI QUYỀN
RIÊNG TƯ
Xác nhận về việc Nhận được thông báo

Tên khách hàng (viết in)

Ngày sinh của khách hàng

Tôi đã nhận được bản Thông báo về Thực thi Quyền riêng tư ACRS và đã có cơ hội đặt ra câu hỏi về việc thông tin bảo mật của tôi sẽ được ACRS sử dụng và chia sẻ như thế nào.

Chữ ký khách hàng

Ngày

Chữ ký Nhân viên

Ngày

Người được ủy quyền/Người giám hộ Hợp pháp

Ngày

Chỉ Dành cho ACRS

Sẽ được hoàn thành nếu không thể có chữ ký của khách hàng hoặc đại diện cá nhân của khách hàng.

- Mô tả các nỗ lực đã thực hiện để khách hàng xác nhận việc nhận được Thông báo về Thực thi Quyền riêng tư (NPP):

- Mô tả lý do tại sao không thể có xác nhận:

Tên và chức vụ của nhân viên
(hãy viết in)

Quản trị/Phòng ban

Chữ ký Nhân viên

Ngày

HÃY CHỈ KÝ TÊN VÀ GỬI LẠI TRANG NÀY

Hãy gửi fax về 206.695.7606 hoặc gửi thư đến địa chỉ dưới đây
Dịch vụ Giới thiệu và Tư vấn châu Á
Lưu trữ: Quản lý Tuân thủ HIPAA
3639 Martin Luther King Jr. Way S.
Seattle, WA 98144

*Chỉnh sửa vào ngày
23/9/2013*