

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Acknowledgement of Receipt

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT

By signing this form, you acknowledge receipt of the *Notice of Privacy Practices* of San Diego Family Care. Our *Notice of Privacy Practices* provides information about how we may use and disclose your protected health information. We encourage you to review it carefully.

Our *Notice of Privacy Practices* is subject to change. If we change our Notice, you may obtain a copy of the revised notice by contacting our health care team or by calling 858-279-0925.

If you have questions about our *Notice of Privacy Practices*, please contact: Administrator, San Diego Family Care (858-279-9676).

I acknowledge receipt of the *Notice of Privacy Practices* of San Diego Family Care.

Signature: _____ **Date** _____
(patient/parent/conservator/guardian)

INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGEMENT

To be completed only if no signature is obtained. If it is not possible to obtain the individual's acknowledgement, describe the good faith efforts made to obtain the individual's acknowledgement, and the reasons why the acknowledgment was not obtained:

Signature of Provider Representative: _____

Date: _____

Reasons why the acknowledgement was not obtained:

____ Patient refused to sign.

____ Other or Comments:

AVISO SOBRE NORMAS DE PRIVACIDAD

El reconocimiento de recibo

EL RECONOCIMIENTO DE RECIBO

Firmando esta forma, reconoce recibo de la *Nota de Prácticas de Privacidad* de San Diego Family Care. Nuestra *Nota de Prácticas de Privacidad* proporciona información sobre cómo podemos utilizar y podemos revelar su información protegida de la salud. Le animamos a revisarlo con cuidado.

Nuestra *Nota de Prácticas de Privacidad* es susceptible a cambiar. Si cambiamos nuestra Nota, puede obtener una copia de la nota revisada contactando nuestro equipo de asistencia médica o llamando 858-279-0925.

Si tiene preguntas acerca de nuestra *Nota de Prácticas de Privacidad*, por favor contactar: El administrador, San Diego Family Care (858-279-9676).

Reconozco recibo de la Nota de Prácticas de Privacidad de San Diego Family Care.

Firma: _____ **Fecha** _____
(Paciente, padre, conservador, guardián)

La Incapacidad Para Obtener Reconocimiento

Ser completado sólo si ninguna firma es obtenida. Si no es posible obtener el reconocimiento del individuo, describe los esfuerzos de buena fe que son hechos para obtener el reconocimiento del individuo, y las razones por qué el reconocimiento no fue obtenido.

La firma de Representante de proveedor _____
Fecha: _____

Las razones por qué el reconocimiento no fue obtenido:

___ **El paciente se negó a firmar.**

___ **Otro o Comenta:**

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Acknowledgement of Receipt

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT

By signing this form, you acknowledge receipt of the *Notice of Privacy Practices* of San Diego Family Care. Our *Notice of Privacy Practices* provides information about how we may use and disclose your protected health information. We encourage you to review it carefully.

Our *Notice of Privacy Practices* is subject to change. If we change our Notice, you may obtain a copy of the revised notice by contacting our health care team or by calling 858-279-0925.

If you have questions about our *Notice of Privacy Practices*, please contact: Administrator, San Diego Family Care (858-279-9676).

I acknowledge receipt of the *Notice of Privacy Practices* of San Diego Family Care.

Signature: _____ **Date** _____
(patient/parent/conservator/guardian)

INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGEMENT

To be completed only if no signature is obtained. If it is not possible to obtain the individual's acknowledgement, describe the good faith efforts made to obtain the individual's acknowledgement, and the reasons why the acknowledgment was not obtained:

Signature of Provider Representative: _____

Date: _____

Reasons why the acknowledgement was not obtained:

____ Patient refused to sign.

____ Other or Comments:

THÔNG BÁO VỀ THỰC HÀNH QUYỀN RIÊNG TƯ:

Xác nhận đã nhận

XÁC NHẬN ĐÃ NHẬN

Bằng cách ký vào biểu mẫu này, bạn xác nhận đã nhận được *Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư* của San Diego Family Care. *Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư của chúng tôi* cung cấp thông tin về cách chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ của bạn. Chúng tôi khuyến khích bạn xem xét nó một cách cẩn thận.

Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư của *chúng tôi* có thể thay đổi. Nếu chúng tôi thay đổi Thông báo của mình, quý vị có thể nhận được một bản sao của thông báo sửa đổi bằng cách liên hệ với nhóm chăm sóc sức khỏe của chúng tôi hoặc bằng cách gọi 858-279-0925.

Nếu bạn có thắc mắc về *Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư của chúng tôi*, vui lòng liên hệ: Quản trị viên, San Diego Family Care (858-279-9676).

Tôi xác nhận đã nhận được *Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư* của San Diego Family Care.

Chữ ký: _____
(bệnh nhân / cha mẹ / người bảo quản / người giám hộ)

KHÔNG CÓ KHẢ NĂNG NHẬN ĐƯỢC SỰ THỪA NHẬN

Chỉ được hoàn thành nếu không có chữ ký. Nếu không thể có được sự thừa nhận của cá nhân, hãy mô tả những nỗ lực thiện chí được thực hiện để có được sự thừa nhận của cá nhân và lý do tại sao không nhận được sự thừa nhận:

Chữ ký của Đại diện Nhà cung cấp: _____

Ngày: _____

Lý do tại sao không nhận được sự thừa nhận:

_____ Bệnh nhân từ chối ký.

_____ Khác hoặc nhận xét:

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Acknowledgement of Receipt

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT

By signing this form, you acknowledge receipt of the *Notice of Privacy Practices* of San Diego Family Care. Our *Notice of Privacy Practices* provides information about how we may use and disclose your protected health information. We encourage you to review it carefully.

Our *Notice of Privacy Practices* is subject to change. If we change our Notice, you may obtain a copy of the revised notice by contacting our health care team or by calling 858-279-0925.

If you have questions about our *Notice of Privacy Practices*, please contact: Administrator, San Diego Family Care (858-279-9676).

I acknowledge receipt of the *Notice of Privacy Practices* of San Diego Family Care.

Signature: _____ **Date** _____
(patient/parent/conservator/guardian)

INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGEMENT

To be completed only if no signature is obtained. If it is not possible to obtain the individual's acknowledgement, describe the good faith efforts made to obtain the individual's acknowledgement, and the reasons why the acknowledgment was not obtained:

Signature of Provider Representative: _____

Date: _____

Reasons why the acknowledgement was not obtained:

____ Patient refused to sign.

____ Other or Comments:

AVI SOU PRATIK KONFIDANSYALITE: Rekonesans nan Resi

REKONESANS POU RESEVWA

Lè ou siyen fòm sa a, ou rekonèt resi a nan *Avi Pratik sou enfòmasyon prive* nan San Diego Family Care (San Diego Swen Fanmi). *Pratik sou Enfòmasyon Prive nou an* bay enfòmasyon sou fason nou ka itilize ak divilge enfòmasyon sou sante ou. Nou ankouraje w pou revize li ak anpil atansyon.

Avi pratik sou vi prive nou an si sijè a chanje. Si nou chanje avi nou an, ou ka jwenn yon kopi avi revize a lè w kontakte ekip swen sante nou an oswa lè w rele 858-279-0925. Si ou gen kesyon sou *Pratik sou enfòmasyon prive nou* yo, tanpri kontakte: Administratè, San Diego Family Care (858-279-9676).

Mwen rekonèt resi a nan *Pratik sou konfidansyalite sou konfidansyalite* San Diego.

Siyati: _____ Dat: _____
(pasyan/konsèvatè/gadyen)

ENABILITE POU JWENN REKONESANS

Pou yo ka konplete sèlman si pa gen okenn siyati jwenn. Si li pa posib pou jwenn rekonesans moun nan, dekri bon efò lafwa yo te fè pou jwenn rekonesans moun nan, ak rezon ki fè rekonesans yo pa t jwenn:

Siyati Reprezantan Founisè: ____

Dat: _____

Rezon ki fè rekonesans lan pa t jwenn:

____ Pasyan te refize siyen.

____ Lòt oswa kòmantè:
