



Oregon Health & Science University
Hospitals and Clinics

**GIẤY XÁC NHẬN
BẢN THÔNG BÁO VỀ NGUYÊN
TẮC BẢO VỆ QUYỀN RIÊNG TƯ**

ACCOUNT NO.
MED. REC. NO.
NAME
BIRTHDATE

Trang 1 của 1

Patient Identification

TÔI XIN XÁC NHẬN RẰNG TÔI ĐÃ NHẬN ĐƯỢC MỘT BẢN SAO CỦA THÔNG BÁO VỀ NGUYÊN TẮC BẢO VỆ QUYỀN RIÊNG TƯ CỦA OHSU.

Chữ Ký của Bệnh Nhân

Ngày

Giờ

Viết Tên Bệnh Nhân bằng Chữ In

Chữ Ký của Phụ Huynh, Người Giám Hộ, Người Chịu Trách Nhiệm, hay Người Đại Diện Hợp Pháp (nếu có)

Ngày

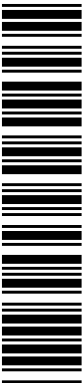
Giờ

Chúng tôi cần hỏi các chi tiết sau đây để xử lý mẫu đơn này. Nếu các chi tiết này được in sẵn trên miếng dán vào góc phải trên, quý vị không cần điền phần dưới đây; tuy nhiên, nếu miếng dán in sai thông tin của quý vị thì xin sửa lại trên miếng dán.

Ngày Sinh của Bệnh Nhân

Số An Sinh Xã Hội của Bệnh Nhân (*không bắt buộc*)

Số Hồ Sơ Y Tế của Bệnh Nhân (được in trên thẻ bệnh viện)



MR1449

VIETNAMESE VERSION

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGMENT

ONLINE 3/13 (supersedes 2/09)

MR-4646