



Oregon Health & Science University
Hospitals and Clinics

**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕНИЯ
УВЕДОМЛЕНИЯ ОБ УСТАНОВЛЕННОМ
ПОРЯДКЕ СОБЛЮДЕНИЯ
КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ**

ACCOUNT NO.
MED. REC. NO.
NAME
BIRTHDATE

Страница 1 из 1

Patient Identification

НАСТОЯЩИМ ПОДТВЕРЖДАЮ ПОЛУЧЕНИЕ ОТ OHSU ЭКЗЕМПЛЯРА УВЕДОМЛЕНИЯ ОБ УСТАНОВЛЕННОМ ПОРЯДКЕ СОБЛЮДЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ.

Подпись пациента

Число

Время

Имя и фамилия пациента печатными буквами

Подпись родителя, опекуна, ответственной стороны,

Число

Время

юридического представителя (где применимо)

Следующая информация необходима для обработки данного бланка. Если к верхнему правому углу этого бланка прикреплена наклейка с Вашими правильно записанными данными, то Вам не нужно заполнять приведенные ниже графы. Пожалуйста, исправьте любые допущенные на наклейке ошибки в написании Ваших данных.

Дата рождения пациента

Номер социального обеспечения пациента *(по желанию)*

Номер медицинской карты пациента (с его карточки)



MR1449