



隐私权保护措施通知
收文证明书

第 1 页, 共 1 页

ACCOUNT NO.
MED. REC. NO.
NAME
BIRTHDATE

Patient Identification

我在此声明已收到了一份俄勒冈健康与科学大学的隐私权保护措施通知。

病人签名

日期

時間

病人签名 (正楷)

父母, 监护人, 负责方,
法定代表人签名 (如果有)

日期

日期

对本表格进行处理需以下信息。如果在本表格右上方附有标签并已正确显示您的信息, 您则无需填写以下部分。但请在标签上将任何不正确的信息加以改正。

病人生日

病人社会保险号 (可不填)

病人病历号 (请看病员卡上的显示)

