

**SEATTLE - KING COUNTY DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH  
ИЗВЕЩЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ**

**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ О ПОЛУЧЕНИИ. РАСПИШИТЕСЬ, ПОЖАЛУЙСТА, ВНИЗУ.**

Акт о портативности и подотчетности медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, сокращенно HIPAA) требует, чтобы мы предоставили вам данное Извещение о порядке обеспечения конфиденциальности. Мы просим вас расписаться внизу и проставить дату.

**Расписываясь и датируя данное подтверждение, вы подтверждаете, что вам была дана копия Извещения о порядке обеспечения конфиденциальности. Вы не подтверждаете своего согласия с содержанием Извещения.**

Обычно родители расписываются за несовершеннолетних детей (до 18-летнего возраста). Есть исключение, когда несовершеннолетний обращается за следующими видами обслуживания: планирование семьи, тестирование/лечение венерических заболеваний, амбулаторное обслуживание в клиниках психического здоровья, а также амбулаторное лечение от алкоголизма или наркомании. Согласно закону штата, несовершеннолетние могут давать самостоятельное согласие на указанные виды лечения. В таких случаях их попросят самих расписаться при получении Извещения.

Более подробная информация дается в прилагаемом Извещении о порядке обеспечения конфиденциальности.

ФИО ПАЦИЕНТА: \_\_\_\_\_

***Нижеподписавшийся получил Извещение о порядке обеспечения конфиденциальности Отдела здравоохранения Сиэтла – Округа Кинг.***

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА

ДАТА ПОДПИСАНИЯ

подпись

кем вы приходитесь пациенту

**Internal use only:**

Check if patient declined to sign

\_\_\_\_\_

Clerk Initials

\_\_\_\_\_

Date

Check if acknowledgement entered into Signature

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES  
ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT**

**Public Health**  
Seattle & King County



Compliance Office  
Public Health – Seattle & King County  
401 Fifth Avenue – Suite 900  
Seattle, WA 98104  
Phone: 206.205.5975  
Fax: 206.205.3945

Client Name:  
HR #:  
D.O.B.

Inventory #: 450-0531