

**ACKNOWLEDGEMENT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

**О НАШЕМ УВЕДОМЛЕНИИ О ПРАКТИКЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ. ABOUT OUR NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

Мы обязаны защищать вашу личную медицинскую информацию в соответствии с законом. В Уведомлении о практике конфиденциальности говорится: [We are committed to protecting your personal health information in compliance with the law. The Notice of Privacy Practices states](#)

- Наши обязательства в соответствии с законом в отношении вашей личной медицинской информации. Как мы можем использовать и раскрывать информацию о здоровье, которую мы храним о вас.
- Ваши права, касающиеся вашей личной медицинской информации.
- Наши права на изменение нашего Уведомления о практике конфиденциальности.
- Как подать жалобу, если вы считаете, что ваши права на неприкосновенность частной жизни были нарушены.
- Условия, применяемые к использованию и раскрытию информации, не описанные в настоящем Уведомлении.
- Как я могу получить дополнительную информацию о нашей практике конфиденциальности.

**ПОДПИСЬ SIGNATURE**

Я подтверждаю что могу прочесть или запросить копию уведомления о правилах конфиденциальности в медицинских центрах CommuniCare. [I hereby acknowledge that I may read or request a copy of CommuniCare Health Centers' Notice of Privacy Practices.](#)

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата [Date](#): \_\_\_\_\_  
Пациента. [Patient](#)

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата [Date](#): \_\_\_\_\_  
Законный представитель родителей или пациента (если это применимо)  
[Parent or Patient's Legal Representative \(if applicable\)](#)

**Если подписано другими, чем пациент, имя печати и отношения:** [If signed by other than the patient, print name and relationship](#)

Название печати [Print Name](#): \_\_\_\_\_ Отношения [Relationship](#): \_\_\_\_\_

**ТОЛЬКО ДЛЯ ОФИСНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ – OFFICE USE ONLY  
 TO BE COMPLETED WHEN A PATIENT'S SIGNATURE IS NOT OBTAINED**

Documentation of Acknowledgement Not Obtained

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of first visit: \_\_\_\_\_ Location: \_\_\_\_\_

1. How was a copy of the Health Center's Notice of Privacy Practices provided?  
 Patient received a paper copy at the time of visit.      A copy was mailed or faxed prior to first visit.
2. Describe the good faith efforts make to obtain the patient's signed Acknowledgement of Receipt:  
 Patient was asked to sign the Acknowledgement of Receipt and counseled on our obligations to provide the notice and obtain a signed acknowledgement.  
 Other: \_\_\_\_\_
3. Describe the reasons why a signed Acknowledgement of Receipt was not obtained:  
 Patient is unwilling or declines to sign.      Other: \_\_\_\_\_

Signature/Title or Department: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_