



RECONNAISSANCE DE L'AVIS RELATIF AUX PRATIQUES DE CONFIDENTIALITÉ

INFORMATIONS DU CLIENT

NOM DE FAMILLE :	PRENOM :	INITIALE DU MILIEU :
SI VOUS N'ETES PAS LE CLIENT :		
VOTRE NOM EN CARACTERE D'IMPRIMERIE :	VOTRE RELATION AVEC LE CLIENT :	

Notre avis relatif aux pratiques de confidentialité fournit des informations concernant notre utilisation et partage de vos informations médicales. Nous vous encourageons à le lire en détail.

Notre avis relatif aux pratiques de confidentialité peut être soumis à des changements. En cas de changement, vous pouvez obtenir une copie de l'avis révisé en consultant le site internet du comté : www.cosdcompliance.org, ou en contactant tout membre du personnel en lien avec vos soins.

Pour toute question concernant l'avis relatif aux pratiques de confidentialité, veuillez contacter :

Responsable de confidentialité HHSA
Comté de San Diego
Assurance et conformité des activités commerciales
P.O. Box 85524 (Mail Stop: W-294)
San Diego, CA 92186-5524
(619) 237-8571

J'accuse réception de l'avis relatif aux pratiques de confidentialité du comté de San Diego

SIGNATURE :	DATE :
-------------	--------