

COMPREHENSIVE COMMUNITY HEALTH CENTERS, INC.

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES & CONSENT TO RELEASE PERSONAL HEALTH INFORMATION (PHI)

Effective January 1, 2016

I, the undersigned, hereby acknowledge that I have been provided with a copy of Comprehensive Community Health Centers, Inc.'s ("CCHC") Notice of Privacy Practices (the "Notice"), and have been given the opportunity to read the Notice prior to any service being provided to me by CCHC. I further acknowledge that I have been informed that a copy of the current Notice of Privacy Practices is posted in the reception area. CCHC reserves the right to change the Notice of Privacy Policies. You may obtain a copy of the current Notice of Privacy Practices by requesting a copy.

By signing this form, I consent to the use and disclosure of my medical information for treatment, payment and healthcare operations. I understand that I have the right to revoke this consent in writing, signed by me. I acknowledge that such revocation, however, shall not affect any disclosures that have already made in reliance on my prior consent. CCHC provides this form to comply with the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) and Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act (HITECH).

CCHC providers and/or staff may contact me via phone, text or mail to discuss test results, confirm appointments or to obtain referral information.

Signature of Patient/Legal Representative: _____

If Legal Representative, relationship to Patient: _____ Date: _____

Հիվանդի անուն՝ _____

Ծննդյան ամսաթիվ՝ _____

ԳԱՂՏՆԻՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ԾԱՆՈՒՑՄԱՆ ՍՏԱՑՄԱՆ ԵՎ ԱՆՁՆԱԿԱՆ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ (ԱԱՏ) ՏՐԱՄԱՂՐՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒՄ

Ուժի մեջ է՝ 2016թ. հունվարի 1-ից

Ես՝ ներքոստորագրյալս, սույնով հաստատում եմ, որ ստացել եմ Comprehensive Community Health Centers, Inc-ի ("CCHC") Գաղտնիության վերաբերյալ ծանուցման («Ծանուցում») պատճենը, և ինձ հնարավորություն է տրվել կարդալ Ծանուցումը նախքան CCHC -ի կողմից ինձ որևէ ծառայություն մատուցելը: Ես նաև հաստատում եմ, որ տեղեկացվել եմ, որ ընթացիկ Գաղտնիության վերաբերյալ ծանուցման օրինակ գտնվում է ընդունարանում: CCHC-ին իրավունք է վերապահվում փոփոխել Գաղտնիության վերաբերյալ ծանուցման կանոնակարգը: Դուք կարող եք ձեռք բերել ընթացիկ Գաղտնիության վերաբերյալ ծանուցման պատճենը՝ պահանջելով այդ պատճենը:

Ստորագրելով այս ձևաթուղթը՝ ես համաձայնում եմ բուժման վերաբերյալ իմ բժշկական տեղեկատվության օգտագործմանն ու տրամադրմանը՝ բուժման, վճարման և առողջապահական գործողությունների համար: Ես հասկանում եմ, որ կարող եմ չեղյալ համարել այս համաձայնությունը գրավոր կերպով՝ իմ կողմից ստորագրությամբ: Ես հավաստում եմ, որ այդպիսի չեղարկումը, այնուամենայնիվ, չի ազդի իմ նախորդ համաձայնության առնչությամբ կատարված որևէ տրամադրման վրա: CCHC-ն ապահովում է սույն ձևաթղթի համապատասխանությունը Առողջական ապահովագրության դյուրատարության եւ հաշվետվողականության ակտի (ԱԱԴՀԱ) եւ Տնտեսական և կլինիկական առողջության համար առողջության տեղեկատվական տեխնոլոգիայի ակտի (ՏԿԱԱՏՍԱ) հետ:

CCHC-ի բուժաշխատողները և/կամ անձնակազմը կարող են կապվել ինձ հետ հեռախոսով, հաղորդագրության կամ էլ. փոստի միջոցով՝ քննարկելու համար հետազոտության արդյունքները, հաստատելու համար ժամադրությունները կամ ստանալու տեղեկություն՝ որևէ մեկին նրանց ծառայությունները խորհուրդ տալու վերաբերյալ:

Հիվանդի/օրինական ներկայացուցչի ստորագրություն՝ _____

Ամսաթիվ՝ _____

Օրինական ներկայացուցչի/լիազորված անձի դեպքում՝ կապը հիվանդի հետ _____