

إقرار باستلام إشعار ممارسات الخصوصية/Privacy Practice Signature
ملحوظة: يجوز لك رفض التوقيع على الإقرار

لقد حصلت أنا، _____ ، على نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بشبكة الصحة بجامعة ولاية Colorado وحصلت على نسخة مغلفة لقراءتها، ثم ردها.

التاريخ

التوقيع

تاريخ الميلاد

رقم بطاقة الهوية بجامعة ولاية COLORADO

للاستعمال المكتبي فقط

حاولنا الحصول على إقرار كتابي يفيد استلام إشعار ممارسات الخصوصية الخاصة بنا، ولكن تعذر الحصول على الإقرار بسبب:

رفض الشخص التوقيع على الإقرار

حالت عوائق الاتصال دون الحصول على هذا الإقرار

منعنا ظرف طارئ من الحصول على الإقرار

غير ذلك (يرجى التحديد): _____

التوقيع

