

Tên Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_



### XÁC NHẬN ĐÃ NHẬN ĐƯỢC THÔNG BÁO VỀ THỰC HÀNH QUYỀN RIÊNG TƯ

Texas Oncology cam kết bảo vệ quyền riêng tư của quý vị và đảm bảo rằng thông tin sức khỏe của quý vị được sử dụng và tiết lộ một cách thích hợp. Thông Báo Về Thực Hành Quyền Riêng Tư này nêu ra tất cả các trường hợp sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị mà có thể xảy ra theo các biện pháp thực hành của chúng tôi và nêu rõ các quyền của quý vị đối với thông tin sức khỏe đó. **Vui lòng ký tên vào biểu mẫu bên dưới để xác nhận rằng quý vị đã nhận được Thông Báo Về Thực Hành Quyền Riêng Tư của chúng tôi.**

Tôi xác nhận rằng tôi đã nhận được một bản sao của Thông Báo Về Thực Hành Quyền Riêng Tư của Texas Oncology.

Tên Bệnh Nhân (Vui Lòng Viết In Hoa): \_\_\_\_\_

Chữ Ký của Bệnh Nhân/Người Đại Diện Được Ủy Quyền Hợp Pháp: \_\_\_\_\_

Ngày: \_\_\_\_\_

Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân (Nếu Bệnh Nhân không ký tên): \_\_\_\_\_

Đối với những bệnh nhân cần biên dịch hoặc đọc tài liệu này bằng lời, người đọc hoặc người dịch cần ghi và ký tên xuống dưới đây:

Chữ Ký của Người Đọc/Người Dịch: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

-----  
Texas Oncology Use Only  
Date Acknowledgement Received: \_\_\_\_\_

-OR-

Reason acknowledgment was not obtained:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_