



Nom: _____

Hosp. #: _____

FORMULAIRE D'ACCUSÉ DE RÉCEPTION DE L'AVIS DE CONFIDENTIALITÉ

Pour consulter l'avis d'assistance linguistique de l'Université de l'Iowa Health Care, veuillez consulter le site https://www.healthcare.uiowa.edu/marcom/uihc/translation/point_to_your_language.pdf.

En signant ci-dessous, je reconnais avoir reçu et/ou reçu un exemplaire de l'Avis de confidentialité de l'Université de l'Iowa Health Care. Je dispose du droit de consulter cet Avis avant de signer ce formulaire.

L'Université de l'Iowa Health Care a le droit de modifier l'avis de pratiques de confidentialité. L'avis révisé sur les pratiques de confidentialité sera publié dans L'Université de l'Iowa Health Care, dans les services de santé des étudiants de Soins de Santé de l'Université de l'Iowa, en ligne sur www.uihc.org/privacy-notice, et des copies papier seront disponibles aux points d'enregistrement.

Signature: NE PAS SIGNER – DOCUMENT DE RÉFÉRENCE SEULEMENT Date: ____ Heure: ____
(Patient ou personne légalement autorisée à consentir pour le patient)

(Nom en caractères d'imprimerie du patient ou de la personne légalement autorisée à signer)

(Lien avec le patient ou la personne légalement autorisée)

Ce formulaire dûment rempli doit être déposé dans le dossier médical.