IOWA HEALTH CARE

Nom: _____

Hosp. #: _____

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

En signant ci-dessous, j'accepte d'avoir reçu et/ou de m'être offert une copie de l'avis de pratiques de confidentialité de l'Université de l'Iowa en matière de soins de santé. J'ai le droit de consulter l'avis de pratiques en matière de protection de la vie privée avant de signer ce formulaire.

Soins de Santé de l'Université de l'Iowa a le droit de modifier l'avis de pratiques de confidentialité. L'avis révisé sur les pratiques de confidentialité sera publié dans les hôpitaux et cliniques de l'Université de l'Iowa, 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 dans les lieux d'inscription et 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.

REFERENCE ONLY