

NYC MIDTOWN HIFUKA (NYC ミッドタウン皮膚科)

Privacy Policy Acknowledgement Statement

I hererby acknowledge that I have been made aware that NYC MIDTOWN HIFUKA has a Privacy Policy in place in accordance with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPPA).

NYC ミッドタウン皮膚科は、HIPPA 法 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ; 医療保険の相互運用性と説明責任に関する法律) によるプライベートポリシーがあることを理解し承知いたします。

As a patient of Upper East Dermatology, I understand and acknowledge the following:

1. NYC MIDTOWN HIFUKA has a privacy policy in effect in their offices.
NYC ミッドタウン皮膚科は、その診療所においてプライベートポリシーを有する。
2. NYC MIDTOWN HIFUKA has made this policy available to me for review, by placing a complete version in a binder that resides in the waiting room and/or by placing a poster version in a binder that resides in the waiting room or similar common area with patient access.
NYC ミッドタウン皮膚科は診療所内の待合室など患者が利用できるスペース内に置いているバインダーの中にこのポリシーの完全版コピーやポスター版コピーを配置することによりこのポリシーを患者へ公開している。
3. NYC MIDTOWN HIFUKA has made me aware, that as a patient I am entitled to a copy of this Privacy Policy if I desire a copy for my personal file.
NYC ミッドタウン皮膚科は私がこのポリシーのコピーをもらう権利がある旨知らせている。

Upon your review of the above statements, please sign at the bottom acknowledging that you have been advised of the privacy policy implemented by NYC MIDTOWN HIFUKA, and have read and understand the acknowledge form. If you desire a copy of the Private Policy, please request one at this time.

上記の説明を検討した後、下記にサインすることにより NYC ミッドタウン皮膚科のプライベートポリシー規約に関する情報を理解し承認いたします。

_____ No, I do not want a copy but I acknowledge the Privacy Policy exists.

規約のコピーは必要ないが、プライベートポリシーは承知しました。

_____ YES, I do want a copy of the Private Policy

規約のコピーが必要です。

Name of patient (患者氏名) _____ Date (日付) ____ / ____ / ____