

고객 정보		
성:	이름:	중간 이니셜:
고객이 아닌 경우 이름을 정자체로 작성:		고객과의 관계를 표시:

저희의 개인정보 처리 방침 고지는 저희가 귀하의 의료 정보를 어떻게 사용하고 공유할 수 있는지에 대한 정보를 제공합니다. 이를 자세히 읽어보시기를 권장합니다.

저희의 개인정보 처리 방침 고지는 변경될 수 있습니다. 저희가 고지를 변경하는 경우, 귀하는 카운티 웹사이트(www.cosdcompliance.org)에 액세스하거나 귀하의 치료와 관련된 직원에게 연락하여 개정된 고지의 사본을 받을 수 있습니다.

개인정보 처리 방침 고지에 대해 궁금한 점이 있으면 다음으로 문의하시기 바랍니다.

HHSA Privacy Officer
 County of San Diego
 Agency Compliance Office
 P.O. Box 865524 (Mail Stop: P501)
 San Diego, CA 92186-5524
 (619) 338-2808

본인은 San Diego 카운티의 개인정보 처리 방침 고지를 수신했음을 확인합니다	
서명:	날짜: