

JOHNS HOPKINS INSTITUTIONS

مؤسسات جونز هوبكنز

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

إقرار باستلام مذكرة الممارسات المتعلقة بالخصوصية

I acknowledge that I have received a copy of the Johns Hopkins Notice of Privacy Practices.

أقر بأنني إستلمت نسخة من مذكرة جونز هوبكنز للممارسات المتعلقة بالخصوصية

Patient Name:

إسم المريض

(first) الأول	(m. initial) الأوسط	(last) الأخير(اللقب)
إسم المريض باللغة العربية		

Signature:

التوقيع

التاريخ

Date:

Medical Record #:

رقم السجل الطبي

Birth Date:

تاريخ الميلاد

If you are NOT the patient but are signing on behalf of the patient complete the following:

الرجاء إكمال التالي إذا لم تكن المريض وكنت ستوقع نيابة عنه :

I, _____, confirm that I am the representative for the patient
(insert your name)
(أكتب أسمك)

based on the following relationship to the patient:

أنا أقر بأنني ممثل للمريض بناء على العلاقة التالية معه :

(state relationship, for example—parent, spouse, guardian)

(حدد العلاقة ، مثلا - والد ، زوج أو زوجة ، وصي)

Representative's Signature:

توقيع الممثل

Date:

التاريخ

(Required)

(مطلوب)

Address:

العنوان

Phone:

الهاتف