

JOHNS HOPKINS INSTITUTIONS

**ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

개인 정보 보호 관행 통지 수령 확인서

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

나는 존스 홉킨스 병원의 개인 정보 보호 관행 통지서 사본을 받았음을 인정합니다.

**Patient Name:** \_\_\_\_\_  
환자 이름 (first/ 이름) (m. initial/중간 이름 첫자) (last/ 성)

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
서명 날짜:

**Medical Record #:** \_\_\_\_\_  
의료 기록 번호:

**Birth Date:** \_\_\_\_\_  
생년 월일:

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

본인이 아니면서 대리 서명할 경우 다음 사항을 완료하십시오.:

I, \_\_\_\_\_, confirm that I am the representative for the patient  
나 (insert your name/ 귀하의 이름을 삽입) 은/는 환자와 다음과 같은 인척 관계를 갖고 있으며

**based on the following relationship to the patient:**

환자의 대리인임을 증명합니다.

\_\_\_\_\_  
(state relationship, for example—parent, spouse, guardian)  
(환자와의 관계, 예 - 부모, 배우자, 보호자)

**Representative's Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
대리인 서명 날짜: (Required/필히 기입요)

**Address:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_  
주소: 전화번호: