

Tuality Healthcare & Tuality/OHSU Cancer Center

Receipt of Notice of Privacy Practices

By my signature below, I acknowledge that I have received a copy of the Tuality Healthcare & Tuality/OHSU Cancer Center (“Tuality”) Joint Notice of Privacy Practices.

I understand that Tuality may use or disclose my health information to carry out treatment, payment, or healthcare operations. Health information means any and all information relating to healthcare services provided to me by Tuality, including information related to services provided to me prior to the date I sign this form.

I understand that the Joint Notice of Privacy Practices explains the types of uses or disclosures that can be made, and also explains my rights with respect to my health information.

I understand that if I have questions or concerns about my rights or the privacy practices of Tuality, I may contact the Privacy Officer at the address listed below.

I understand that Tuality may change the terms of the notice from time to time, and that I may view the current notice on the Tuality Healthcare website at www.tuality.org or request a copy from most Tuality registration desks.

Tuality Healthcare
Privacy Officer
335 SE 8th Ave.
Hillsboro, OR 97123

Signature: _____

Date: _____

Unable to sign. Reason: _____

Unwilling to sign. Reason: _____



Tuality Healthcare
Building a healthier community.

Tuality/OHSU CANCER CENTER

A collaboration of Tuality Healthcare and Oregon Health & Science University

Tuality Healthcare y Tuality/OHSU Cancer Center Acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad

Con mi firma, declaro que he recibido una copia del Aviso conjunto de prácticas de privacidad de Tuality Healthcare y Tuality/OHSU Cancer Center (en lo sucesivo “Tuality”).

Entiendo que Tuality puede usar o divulgar mi información médica para llevar a cabo actividades de tratamiento, pago o relacionadas con la atención de salud. La información médica es cualquier y toda la información que se refiera a servicios de atención de salud que se me haya brindado en Tuality, inclusive información con respecto a servicios que se me han brindado antes de la fecha en la cual firmo este documento.

Entiendo que el *Aviso conjunto de prácticas de privacidad* explica los tipos de uso o divulgación que se pueden hacer y también explica mis derechos en cuanto a la información sobre mi salud.

Entiendo que si tengo preguntas o inquietudes en cuanto a mis derechos o las prácticas de privacidad de Tuality, puedo comunicarme con el Funcionario encargado de Privacidad en la dirección dada abajo.

Entiendo que Tuality puede cambiar las cláusulas de este aviso de tanto en tanto, y que puedo ver el aviso actual en el sitio web de Tuality Healthcare, www.tuality.org, o solicitar una copia en la mayoría de las oficinas de inscripción de Tuality.

Tuality Healthcare
Privacy Officer
335 SE 8th Ave.
Hillsboro, OR 97123

Firma: _____

Fecha: _____

Incapaz de firmar. Motivo: _____

No dispuesto a firmar. Motivo: _____



Tuality Healthcare
Building a healthier community.

Tuality/OHSU CANCER CENTER

A collaboration of Tuality Healthcare and Oregon Health & Science University