



ILIULIUK FAMILY AND HEALTH SERVICES

P.O. Box 144

34 Lavelle Court

Unalaska, Alaska 99685

ILIULIUK FAMILY AND HEALTH SERVICES NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

By my signature below, I acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

A través de mi firma a continuación, acepto que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad.

THÔNG BÁO QUY ĐỊNH VỀ QUYỀN RIÊNG TƯ

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi xác nhận đã nhận được Thông báo Quy định về Quyền Riêng tư.

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВИЛАХ СОБЛЮДЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

Своей подписью ниже я подтверждаю получение Уведомления о правилах соблюдения конфиденциальности

Patient/Personal Representative Signature: _____

Date Signed _____