

Associate Ophthalmologists, P.C

A. JOSEPH RUDICK, JR M.D.
GERALD J. SHEPPS, M.D.
DARREN M. WALLIS, O.D.

PATIENT CONFIDENTIALITY 聯營眼科病人隱私保密

In this office, Patient Confidentiality is a prime concern. Please indicate below with whom our office can or cannot leave a message.
病人隱私保密是我們的醫療機構最首要關注的事項。請在下面註明我們辦公室能否與誰聯繫及留言。

Please circle where appropriate 請圈合適的選擇:

Spouse 配偶	YES 可	NO 不可	DOESN'T APPLY 不適用
Children 孩子	YES 可	NO 不可	DOESN'T APPLY 不適用
Home Answering Machine 家庭答錄機	YES 可	NO 不可	DOESN'T APPLY 不適用
Work Answering Machine 工作單位語音留言信箱	YES 可	NO 不可	DOESN'T APPLY 不適用
Cell Phone 手機	YES 可	NO 不可	DOESN'T APPLY 不適用

Are you able to receive calls at your workplace 你可以在你的工作場所接聽電話嗎? Y 可 N 不可

May we call you at your workplace and state who is calling? 我們可以打電話到你的工作單位並告訴是誰致電嗎? Y 可 N 不可

Due to our confidentiality regulations, should a family member, friend, or relative contact our office, we are not at liberty to discuss anything unless we have permission from you, the patient.

由於我們的隱私保密規定，如果你的家庭成員、朋友或親戚聯繫我們的辦公室，我們無權討論任何事情，除非我們獲得你(病人)的許可。

Please circle with whom we may discuss your situation with: 我們辦公室能與誰討論您的狀況? 請在下面圈合適的聯繫人:

Spouse 配偶	YES 可	NO 不可	DOESN'T APPLY 不適用
Children 孩子	YES 可	NO 不可	DOESN'T APPLY 不適用
Other 其他	YES 可	NO 不可	DOESN'T APPLY 不適用

Anyone authorized to receive information 得到授權的信息接收人:

Name 姓名: _____ Name 姓名: _____

Relationship 關係: _____ Relationship 關係: _____

Phone 聯繫電話: _____ Phone 聯繫電話: _____

Patient Signature 病人簽名 _____ Date 日期 _____