

證物 4

SAN GABRIEL VALLEY PERINATAL MEDICAL GROUP, INC.

私隱保護措施書面通知收據
(RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES WRITTEN ACKNOWLEDGEMENT FORM)

我， _____， 已被提供給審查 SAN GABRIEL VALLEY PERINATAL MEDICAL GROUP, INC. 的私隱保護措施通知副本。

我， _____， 允許從我的病歷上收集資料審查， 以作質量控制之用。 我明白這些資料不會以任何方式識別我并可能導致在發布材料里。

患者簽名

日期