

Initiales de l'employé du PHMDC (Staff Initials) : \_\_\_\_\_

**ACCUSÉ DE RÉCEPTION DE L' « AVIS SUR LES PRATIQUES DE  
CONFIDENTIALITÉ »  
(Parisian French)**

J'ai bien reçu l'« Avis sur les Pratiques de confidentialité » du Public Health-Madison and Dane County.

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

**Nom en lettres capitales :** \_\_\_\_\_

Si la présente autorisation est signée par un représentant personnel de la personne, veuillez fournir les informations suivantes :

**Nom du représentant personnel :** \_\_\_\_\_

**Lien de parenté avec la personne :** \_\_\_\_\_

**Renvoyer à :** Privacy Officer  
Public Health-Madison and Dane County  
210 Martin Luther King Jr. Blvd., Rm. 507  
Madison, WI 53703-3346

**Message téléphonique**

En vertu de la législation fédérale relative à la protection de la confidentialité, nous devons vous fournir notre « Avis sur les Pratiques de confidentialité ». Le présent Avis vous explique comment nous pouvons utiliser et divulguer vos renseignements médicaux personnels et comment vous pouvez y accéder.

Souhaitez-vous recevoir une copie de notre « Avis sur les Pratiques de confidentialité »?

PHMDC Staff Initials : \_\_\_\_\_

**ACKNOWLEDGEMENT OF  
“PRIVACY PRACTICES NOTICE” - NOT OBTAINED**

**Client Name:** \_\_\_\_\_

Staff must document why the individual did not sign the notice acknowledgement. Staff should document below the good faith effort to obtain this acknowledgement and indicate whether the individual refused or was unable to sign the acknowledgement:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I attest that the above information is correct.

\_\_\_\_\_  
**Staff Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Print Staff Name**

\_\_\_\_\_  
**Title**