

Privacy Policy Acknowledgement Statement

I hereby acknowledge that I have been made aware that Manhattan Wellness Medical Care, PLLC (“MWMC” hereinafter) has a Privacy Policy in place in accordance with the **Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)**.

Manhattan Wellness Medical Care, PLLC (以下”マンハッタン・ウエルネス・メディカル”)はHIPAA法(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996; 医療保険の相互運用性と説明責任に関する法律)によるプライバシーポリシーがあることを承知します。

As a patient of MWMC, I understand and acknowledge the following:

マンハッタン・ウエルネス・メディカルの患者として、次の項目を理解し承認します。

1. **MWMC has a privacy policy in effect in their offices.**

マンハッタン・ウエルネス・メディカルはその診療所におけるプライバシーポリシーがある。

2. **MWMC has made this policy available to me for review, by placing a complete version in a binder that resides in the waiting room and/or by placing a poster version in a binder that resides in the waiting room or similar common area with patient access.**

マンハッタン・ウエルネス・メディカルは診療所内の待合室など患者が利用できるスペース内に置いてあるバインダーの中にこのポリシーの完全版コピーやポスター版コピーを入れることによりこのポリシーを患者へ公開している。

3. **MWMC has made me aware, that as a patient I am entitled to a copy of this Privacy Policy if I desire a copy for my personal file.**

マンハッタン・ウエルネス・メディカルは私がポリシーのコピーをもらう権利があることを承知させている。

Upon your review of the above statements, please sign at the bottom acknowledging that you have been advised of the privacy policy implemented by MWMC, and have read and understand the acknowledge form. If you desire a copy of the Privacy Policy, please request one at this time.

上の項目を検討した後、下にサインすることによりマンハッタンウエルネスメディカルのプライバシーポリシー規約に関する情報を理解し承認します。

_____ **No, I DO NOT** want a copy but I acknowledge the Privacy Policy exists.

規約のコピーは必要ではないが、プライバシーポリシーは承知しました。

_____ **Yes, I DO** want a copy of the Privacy Policy.

規約のコピーが必要です。

Patient Name 氏名

Date 日付