

## طلب نسخة من المعلومات الصحية المحمية

يكفل لك القانون الفيدرالي حَقك في طلب نسخة من معلوماتك الصحية.

كيفية طلب نسخة من معلوماتك الصحية:

1. إكمال نموذج طلب نسخة من المعلومات الصحية المحمية.
  - لتفادي التأخيرات المحتملة في معالجة طلبك، يُرجى إكمال النموذج بعناية، بما يتضمن:
    - عنوانك الكامل ورقم هاتفك في حال إذا احتجنا إلى الاتصال بك بخصوص طلبك.
    - التاريخ الذي تحتاج فيه إلى السجلات في قسم "التاريخ المطلوب توفير السجلات فيه". للطلبات العاجلة، يُرجى الاتصال على 360-729-1300 أو 1-844-962-2090.
    - إذا كنت ولي أمر أو وصياً أو ممثلاً شخصياً، فيرجى تضمين علاقتك بالمريض في قسم "العلاقة/صلة القرابة بالمريض" وتقديم المستندات اللازمة.
    - يُرجى تحديد المكان الذي ترغب في تسليم السجلات فيه وكيفية تسليمها بوضوح تام.
2. إعادة إرسال النموذج مرة أخرى باستخدام إحدى الطرق التالية:
  - البريد الإلكتروني: [ReleaseofInfo@peacehealth.org](mailto:ReleaseofInfo@peacehealth.org)
  - الفاكس: 360-527-9383 (إذا كنت تقوم بإكمال هذا الطلب في إحدى منشآت PeaceHealth، فيمكنك أن تطلب من أحد مقدمي الرعاية إرسال النموذج عبر الفاكس نيابةً عنك).
  - البريد العادي: PeaceHealth, Health Information Management (HIM) Department, ROI Services  
1115 SE 164<sup>th</sup> Avenue, Dept.336  
Vancouver, WA 98683

ما الذي تتوقعه بعد تقديم نموذج الطلب:

- سنتم معالجة طلبك في غضون 15 يوم عمل بالنسبة لولاية واشنطن و30 يوماً بالنسبة لولايتي أوريغن وألاسكا.
- سيتم إرسال فاتورة إليك عبر البريد العادي (في حالة وجود رسوم).
- بعد استلام مبلغ الرسوم، سيتم تسليم السجلات في غضون 5 إلى 7 أيام عمل، حسب نوع السجلات وتواريخ الخدمة المطلوبة.
- إذا لم تتمكن من معالجة طلبك في غضون 15 يوم عمل بالنسبة لولاية واشنطن و30 يوماً بالنسبة لولايتي أوريغن وألاسكا، فسوف نتصل بك لإبلاغك بسبب التأخير والتاريخ المتوقع للمعالجة.

استلام سجلاتك:

- يمكنك أن تختار استلام معلوماتك الصحية بصورة ورقية أو إلكترونية على قرص مضغوط أو عبر البريد الإلكتروني المشفّر.
- تستخدم PeaceHealth نظام تشفير البريد الإلكتروني لحماية رسائل البريد الإلكتروني السريّة. إذا اخترت الحصول على معلوماتك الصحية عبر البريد الإلكتروني المشفّر، فستتلقى إشعاراً عبر البريد الإلكتروني يتضمن رابطاً للوصول إلى الرسالة الكاملة عبر خادم البريد الإلكتروني الآمن الخاص بنا. وسيتم توفير توجيهات لك في رسالة البريد الإلكتروني من أجل إنشاء حساب مستخدم لاستلام معلوماتك.
- يُرجى ملاحظة أن البريد الإلكتروني غير المشفّر المرسل عبر الإنترنت يكون معرضاً لخطر اعتراضه بواسطة أشخاص غير مصرح لهم.
- بعد 15 يوم عمل بالنسبة لولاية واشنطن و30 يوماً بالنسبة لولايتي أوريغن وألاسكا، إذا لم تتسلم سجلاتك أو لم يتم الاتصال بك، فيرجى التحقق من مجلد البريد الإلكتروني العشوائي/البريد الإلكتروني غير الهام، قبل التواصل مع إدارة المعلومات الصحية (HIM).

(This page goes to patient-Do not scan into record)

## طلب نسخة من المعلومات الصحية المحمية

ملاحظة: يتم إرسال معظم الطلبات خلال 15 يوم عمل. لتجنب التأخير، يُرجى الكتابة بأحرف واضحة والتوقيع عليه. (\* = حقول مطلوبة)

### \*معلومات حول المريض الذي يُطلب الحصول على سجلاته:

\* اسم المريض: اسم العائلة \_\_\_\_\_ \*الأول \_\_\_\_\_  
 الأحرف الأولى من الاسم الأوسط \_\_\_\_\_  
 \*عنوان الشارع \_\_\_\_\_ الهاتف المتاح نهارًا \_\_\_\_\_  
 \*المدينة، الولاية، الرمز البريدي \_\_\_\_\_ الهاتف المتاح مساءً \_\_\_\_\_  
 \*تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_ \*التاريخ المطلوب توفير السجلات فيه: \_\_\_\_\_

### \*ما السجلات المطلوبة لدى المنشأة؟ (حدد كل ما ينطبق)

PHMG	المستشفى	المكان	PHMG	المستشفى	المكان
<input type="checkbox"/>	St John مستشفى	لونج فيو (Longview)	<input type="checkbox"/>	Riverbend مستشفى	سيرنجفيلد (Springfield)
<input type="checkbox"/>	St Joseph	بيلينجهام (Bellingham)	<input type="checkbox"/>	University District	يوجين (Eugene)
<input type="checkbox"/>	Peace مستشفى Island	فرايدي هاربور (Friday Harbor)	<input type="checkbox"/>	Cottage Grove	كوتيدج جروف (Cottage Grove)
<input type="checkbox"/>	United General	سيدرو وولي (Sedro-Woolley)	<input type="checkbox"/>	Peace مستشفى Harbor	فلورنسا (Florence)
<input type="checkbox"/>	Ketchikan مستشفى	كيتشيكان (Ketchikan)	<input type="checkbox"/>	Southwest مستشفى	فانكوفر (Vancouver)

موقع آخر: \_\_\_\_\_

### \*طريقة إرسال السجلات:

عبر البريد العادي إلى عنوان المستلم  
 عبر الفاكس إلى الرقم: \_\_\_\_\_  
 عبر البريد الإلكتروني إلى: \_\_\_\_\_  
 طريقة تسليم أخرى (يُرجى وصفها): \_\_\_\_\_

### \*يُرجى إرسال السجلات إلى (المستلم):

يُرجى إرسالها إلى عنوان المريض أعلاه أو  
 اسم المنشأة: \_\_\_\_\_  
 عنوان الشارع: \_\_\_\_\_  
 المدينة/الولاية/الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

### \*نطاق تواريخ الزيارات المطلوب (يُرجى تحديد خيار واحد):

لفترة محددة: (من) \_\_\_\_\_ (إلى) \_\_\_\_\_  
 السجل على مدار عام واحد  غير ذلك: \_\_\_\_\_

### \*المعلومات المطلوبة:

مستندات مقدم الرعاية، وقائمة الأدوية، والمعلومات التشخيصية: المختبر، الأشعة السينية، رسم القلب (هذه هي العناصر الأكثر طلبًا)  
 أفلام التصوير  سجلات الفواتير  غير ذلك (يُرجى التحديد): \_\_\_\_\_  
 أكمل السجلات الطبية، وهذا يشمل أي وجميع السجلات بما في ذلك سجلات الفواتير الخاصة بالتواريخ المحددة أعلاه.

### إقرارات:

- أقر هنا أنني أستوعب بأنه قد تُفرض عليّ رسوم معقولة يتم حسابها وفقًا للتكلفة التي تغطي تكلفة النسخ، بما يتضمن الإمدادات والعمالة والطابع البريدية.
- أدرك أن المعلومات الواردة في سجلي الطبي قد تتضمن معلومات تتعلق بالعلاج من تعاطي المخدرات أو الكحول، و/أو الصحة العقلية، و/أو المعلومات الوراثية، و/أو الأمراض المنقولة جنسيًا، و/أو متلازمة نقص المناعة المكتسبة (AIDS) و/أو حالات حمل فيروس إيدز بدون الإصابة به (ARC) و/أو فيروس نقص المناعة البشرية (HIV).
- أدرك التزامي بتقديم المستندات القانونية إذا كنت الوصي أو الوكيل القانوني في المسائل الطبية.

\*مقدم الطلب: (اكتب اسمك بأحرف واضحة هنا) \*التوقيع: \_\_\_\_\_ \*التاريخ: \_\_\_\_\_  
العلاقة/صلة القرابة بالمريض:  المريض (نفسه)  ولي أمر/ \*وصي قانوني  \*توكيل عام دائم (DPOA)  غير ذلك: \_\_\_\_\_  
\* يُرجى إرفاق إثبات الوصاية/التوكيل العام الدائم (التوكيل في المسائل الطبية) مع هذا الطلب.  
خيارات لإعادة إرسال هذا النموذج بعد إكماله: الفاكس: 360-527-9383 البريد الإلكتروني: [releaseofinfo@peacehealth.org](mailto:releaseofinfo@peacehealth.org)  
عبر البريد العادي إلى: PeaceHealth, ATTN: HIM ROI; 1115 164<sup>th</sup> Ave, Dept 336, Vancouver, WA 98683  
هل لديك أسئلة؟ اتصل على 1-844-962-2090