

申请受保护健康信息副本

根据联邦法律，您有权申请关于您健康信息的副本。

如何申请您的健康信息副本：

1. 填写《受保护健康信息副本申请》表。

为了避免延迟处理您的请求，请仔细填写表格信息，包括：

- 您的完整地址和电话号码，以便我们需要就您的申请与您联系。
- 在“Date records needed”（需要记录的日期）部分，填写您需要记录的日期。如为紧急申请，请致电 1-844-962-2090 或 360-729-1300。
- 如果您为患者的父母、监护人或个人代表，请在“Relationship to Patient”（与患者的关系）部分中注明您与患者的关系，并提供所需文件。
- 请清楚注明您希望接收记录的地点以及递送记录的方式。

2. 通过下面的一种方式返回申请表：

- 发电子邮件：ReleaseofInfo@peacehealth.org
- 发传真：360-527-9383（如果您是在 PeaceHealth 机构填写此申请，您可以请护理人员代表您发送表格传真。）
- 邮寄：PeaceHealth, Health Information Management (HIM) Department, ROI Services
1115 SE 164th Avenue, Dept.336
Vancouver, WA 98683

提交申请表之后的流程：

- 针对华盛顿州，申请将在 15 个工作日内予以处理；针对俄勒冈州和阿拉斯加州，申请将在 30 个工作日内予以处理。
- 发票亦会邮寄给您（如有收费）。
- 收到付款后，根据记录的类型和申请服务的日期，记录将在 5-7 个工作日内送达。
- 如果我们无法在 15 个工作日内（针对华盛顿州）或 30 个工作日内（针对俄勒冈州和阿拉斯加州）处理您的申请，我们将与您联系，告知您延期的原因和预计的处理日期。

接收您的记录：

- 您可选择接收纸质版的健康信息，或者在 CD 上或通过加密的电子邮件接收电子版的健康信息。
- PeaceHealth 使用电子邮件加密系统，以保护机密电子邮件信息。如果您选择通过加密的电子邮件接收健康信息，您将收到一封通知邮件，其中含有一个链接，用于访问我们的 Secure E-mail Server（安全电子邮件服务器）上的完整信息。电子邮件中将提供说明，供您创建用户帐号并接收您的信息。
- 请注意，通过互联网传输的未加密电子邮件有被未经授权个体拦截的风险。
- 15 个工作日后（针对华盛顿州）或 30 个工作日后（针对俄勒冈州和阿拉斯加州），如果您仍未收到记录或无人与您联系，请先检查您的垃圾邮件/垃圾邮件文件夹，然后再与 HIM 联系。

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

受保护健康信息副本申请表

注意：大多数申请在 15 个工作日内发送。为避免延期，请清晰地填写并签名。（ = 必填项）*

***有关申请记录的患者之信息：**

*患者姓名：姓 _____ * 名 _____ 中间名 _____
 *街道地址 _____ 日间联络电话 _____
 *城市、州、邮政编码 _____ 夜间联络电话 _____
 *出生日期 _____ *需要记录的日期： _____

***需要哪所机构的记录？（请勾选所有适用项）**

地点	医院	PeaceHealth 医疗集团 (PHMG)
Springfield	<input type="checkbox"/> Riverbend Hospital	<input type="checkbox"/> Clinic
Eugene	<input type="checkbox"/> University District	<input type="checkbox"/> Clinic
Cottage Grove	<input type="checkbox"/> Cottage Grove Hosp	<input type="checkbox"/> Clinic
Florence	<input type="checkbox"/> Peace Harbor Hosp	<input type="checkbox"/> Clinic
Vancouver	<input type="checkbox"/> Southwest Hospital	<input type="checkbox"/> Clinic

地点	医院	PeaceHealth 医疗集团 (PHMG)
Longview	<input type="checkbox"/> St John Hospital	<input type="checkbox"/> Clinic
Bellingham	<input type="checkbox"/> St Joseph	<input type="checkbox"/> Clinic
Friday Harbor	<input type="checkbox"/> Peace Island Hosp	<input type="checkbox"/> Clinic
Sedro-Woolley	<input type="checkbox"/> United General	<input type="checkbox"/> Clinic
Ketchikan	<input type="checkbox"/> Ketchikan Hosp	<input type="checkbox"/> Clinic

其他地点： _____

***发送记录至（收件人）：**

发送至患者的以上地址 或
 机构名 _____
 街道地址： _____

 城/州/邮政编码： _____

***发送记录的方式：**

邮寄至收件人地址
 传真至号码： _____
 发送电子邮件至： _____
 其他递送方式（请描述）： _____

***所需的就诊时间范围（选择一项）：**

具体时间：（从） _____ （至） _____
 一年历史记录 其他： _____

***所需信息：**

医疗保健提供者文件、药物清单和诊断信息：实验室检验结果、X光检查、心电图（这些为最常见的需要）
 成像影片 账单记录 其他（具体）： _____
 完整的医疗记录，包括任何及所有记录，如上述日期的账单记录。

确认书：

- 本人了解，本人可能会被收取基于成本的合理费用（含复印费用），包括物料、人工和邮费。
- 本人了解，本人的医疗记录信息种类可能包括下列相关信息：药物或酒精滥用治疗、心理健康、遗传信息、性传播疾病、艾滋病 (AIDS)、艾滋病相关综合症 (ARC) 和/或艾滋病病毒 (HIV) 的信息。
- 本人了解，如果本人是监护人或医疗授权人，我必须提供法律文件。

* 申请人：（在此处以正楷注明您的姓名） _____ *签名： _____ *日期 _____
 与患者的关系： 患者（本人） 父母/* 法定监护人 * 预立代理人 (DPOA) 其他： _____
 * 请随此申请表附上监护人证明/DPOA（医疗授权书）。

返回此填妥表格的方式： 传真：360-527-9383 电子邮件：releaseofinfo@peacehealth.org
 邮寄至： PeaceHealth, ATTN: HIM ROI; 1115 164th Ave, Dept 336, Vancouver, WA 98683

有疑问？ 请致电 1-844-962-2090