

Запрос на получение копии охраняемой медицинской информации

В соответствии с федеральным законом, вы имеете право требовать копию документов с вашей медицинской информацией.

Как направить запрос о предоставлении медицинской информации?

1. Заполните форму [Запрос на получение копии охраняемой медицинской информации](#).

Чтобы обработать ваш запрос без задержек, укажите такую информацию.

- Ваш полный адрес и номер телефона, в случае если нам потребуется связаться с вами по поводу вашего запроса.
- Крайний срок предоставления записей в разделе «Документы должны быть готовы к» (Date records needed). Если записи нужны вам срочно, позвоните по номеру 1-844-962-2090 или 360-729-1300.
- Если вы родитель, опекун или личный представитель, укажите это в разделе «Кем приходится пациенту» (Relationship to Patient) и предоставьте требуемые подтверждающие документы.
- Четко укажите, куда отправить записи и каким способом.

2. Вернуть форму запроса одним из ниже указанных способов.

- **По электронной почте:** ReleaseofInfo@peacehealth.org
- **По факсу:** 360-527-9383 (Если вы отправляете запрос, находясь в здании PeaceHealth, попросите нашего сотрудника отправить факс от вашего имени).
- **Почтой по адресу:** PeaceHealth, Health Information Management (HIM) Department, ROI Services
1115 SE 164th Avenue, Dept.336
Vancouver, WA 98683

Что произойдет после того, как вы отправите запрос?

- Ваш запрос будет обработан в течение 15 рабочих дней для штата Вашингтон или 30 дней для Орегона и Аляски.
- Если услуга платная, вам отправят счет.
- После получения оплаты записи будут доставлены в течение 5-7 рабочих дней в зависимости от типа информации и дат, когда были затребованы услуги.
- Если мы не сможем обработать ваш запрос в течение 15 рабочих дней для штата Вашингтон или 30 дней для Орегона и Аляски, мы свяжемся с вами, чтобы сообщить о причине задержки и приблизительной дате доставки.

Как получить документы?

- Вы можете выбрать, в каком виде получить медицинскую информацию: в бумажном или электронном, на компакт-диске или на зашифрованную электронную почту.
- PeaceHealth использует систему шифрования электронной почты, чтобы защитить конфиденциальные электронные сообщения. Если вы решили получить медицинскую информацию таким способом, мы отправим вам уведомление с доступом к полному тексту сообщения на защищенном сервисе электронной почты (Secure E-mail Server). В электронном письме будет предоставлена инструкция по созданию учетной записи, необходимой для получения информации.
- Обратите внимание, что незашифрованные электронные письма, передаваемые в сети Интернет, могут быть перехвачены неуполномоченными лицами.
- Если вы не получили документы в течение 15 рабочих дней для штата Вашингтон либо 30 дней для Орегона и Аляски, проверьте папку «Спам» или корзину, прежде чем связываться с Департаментом управления медицинскими данными (Health Information Management Department, HIM).

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

Запрос на получение копии охраняемой медицинской информации

Примечание: ответы на запросы обычно отправляются в течение 15 рабочих дней. Чтобы избежать задержек, пишите четко и поставьте свою подпись. (= ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ПОЛЕ)*

*ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ, ЧЬИ ДАННЫЕ ЗАПРАШИВАЮТСЯ:

*Имя пациента: Фамилия _____ *Имя _____
 Второе имя _____
 *Улица и номер дома _____ Рабочий номер телефона _____
 *Город, штат, почтовый индекс _____
 Домашний номер телефон _____
 *Дата рождения _____ *Документы должны быть готовы к: _____

*У КАКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ТРЕБУЕТСЯ ЗАПРОСИТЬ ДОКУМЕНТЫ? (Отметьте все подходящие варианты)

Месторасположение	Учреждение	Медицинская группа PeaceHealth (PHMG)	Месторасположение	Учреждение	Медицинская группа PeaceHealth (PHMG)
Springfield	<input type="checkbox"/> Riverbend Hospital	<input type="checkbox"/> Clinic	Longview	<input type="checkbox"/> St John Hospital	<input type="checkbox"/> Clinic
Eugene	<input type="checkbox"/> University District	<input type="checkbox"/> Clinic	Bellingham	<input type="checkbox"/> St Joseph	<input type="checkbox"/> Clinic
Cottage Grove	<input type="checkbox"/> Cottage Grove Hosp	<input type="checkbox"/> Clinic	Friday Harbor	<input type="checkbox"/> Peace Island Hosp	<input type="checkbox"/> Clinic
Florence	<input type="checkbox"/> Peace Harbor Hosp	<input type="checkbox"/> Clinic	Sedro-Woolley	<input type="checkbox"/> United General	<input type="checkbox"/> Clinic
Vancouver	<input type="checkbox"/> Southwest Hospital	<input type="checkbox"/> Clinic	Ketchikan	<input type="checkbox"/> Ketchikan Hosp	<input type="checkbox"/> Clinic

Другое учреждение: _____

*ОТПРАВИТЬ ДОКУМЕНТЫ (ПОЛУЧАТЕЛЬ).

Отправить по адресу пациента **ИЛИ**

Название учреждения: _____

Адрес: _____

Город, штат, почтовый индекс: _____

*КАК ОТПРАВИТЬ ДОКУМЕНТЫ?

Отправить письмо по адресу пациента

Отправить факс по номеру: _____

Отправить электронное письмо по адресу: _____

Другим способом (укажите): _____

*ЗА КАКОЙ ПЕРИОД НУЖНЫ ДАННЫЕ? ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПУНКТ.

За конкретный промежуток времени: (с) _____ (до) _____

За год Другой период: _____

*КАКАЯ ИМЕННО ИНФОРМАЦИЯ НУЖНА?

Документы поставщика медицинских услуг, список препаратов и диагностическая информация: лабораторные исследования, рентгеновские снимки, электрокардиограмма (наиболее запрашиваемые данные)

Данные медицинской визуализации Платежные документы

Другая информация (укажите): _____

Все медицинские документы, включая платежные записи за указанные выше даты.

Подтверждение.

1. Я понимаю, что с меня может быть снята разумная плата за предоставление копии, в том числе за обработку запроса и доставку.
2. Я понимаю, что информация в моих медицинских записях может содержать сведения о лечении алко- и наркозависимости, психическом здоровье, генетике, заболеваниях, передающихся половым путем, синдроме приобретенного иммунодефицита (СПИД), заболеваниях, связанных со СПИДом и/или вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).
3. Я понимаю, что должен(-а) предоставить юридические документы, подтверждающие мой статус опекуна или медицинскую доверенность.



***Заказчик:** (Написать свое имя здесь) _____ ***Подпись:** _____ ***Дата:** _____

Кем приходится пациенту: Пациент Родитель / * законный опекун * Медицинская доверенность (DPOA) Другое: _____

* Приложите документ, подтверждающий статус опекуна / медицинскую доверенность к этому запросу.

КАК ВЕРНУТЬ ЗАПОЛНЕННУЮ ФОРМУ?: По факсу: 360-527-9383

По электронной почте: releaseofinfo@peacehealth.org

Почтой по адресу: PeaceHealth, ATTN: HIM ROI; 1115 164th Ave, Dept 336, Vancouver, WA 98683

Есть вопросы? Позвоните по номеру 1-844-962-2090

SYS1001-R (08/03/22) Request for Copy of Protected Health Information - Russian P 3 of 3

DocType Description – ROI (Release of Information Authorization)