

Kahilingan para sa Kopya ng Protektadong Impormasyong Pangkalusugan

Mayroon kang karapatan sa ilalim ng pederal na batas upang humiling ng kopya ng iyong impormasyong pangkalusugan.

Paano humiling ng kopya ng iyong impormasyong pangkalusugan:

1. Kumpletuhin ang form ng *Kahilingan para sa Kopya ng Protektadong Impormasyong Pangkalusugan*.
Upang maiwasan ang posibleng pagkaantala sa pagproseso ng iyong kahilingan, mangyaring maingat na kumpletuhin ang form at isama ang:
 - o Iyong kumpletong address at numero ng telepono kung kailangan ka naming tawagan tungkol sa iyong kahilingan.
 - o Petsa kung kailan mo kailangan ang mga tala sa seksyon ng “Petsa kung kailan kailangan ang mga tala”. Para sa mga agarang kahilingan, mangyaring tumawag sa 1-844-962-2090 o 360-729-1300.
 - o Kung ikaw ay isang magulang, tagapangalaga o personal na kinatawan, mangyaring isama ang iyong relasyon sa pasyente sa seksiyong “Relasyon sa Pasyente” at magbigay ng kinakailangang dokumentasyon.
 - o Mangyaring malinaw na ilagay kung saan at paano mo nais na ipadala ang mga tala.
2. Ibalik ang form ng kahilingan gamit ang isa sa mga paraang ito:
 - o **Email:** ReleaseofInfo@peacehealth.org
 - o **Fax:** 360-527-9383 (*Kung kinukumpleto mo ang kahilingan na ito sa isang pasilidad ng PeaceHealth, maaari mong sabihin sa isang tagapangalaga na i-fax ang form sa iyong ngalan.*)
 - o **Mail:** PeaceHealth, Health Information Management (HIM) Department, ROI Services
1115 SE 164th Avenue, Dept.336
Vancouver, WA 98683

Ano ang aasahan matapos isumite ang form ng kahilingan:

- Ipoproceso ang iyong kahilingan sa loob ng 15 araw ng negosyo para sa Washington State at 30 araw para sa Oregon at Alaska.
- Magpapadala sa iyo ng invoice sa pamamagitan ng koreo (kung may mga sinisingil).
- Pagkatapos matanggap ang bayad, ipapadala ang mga tala sa loob ng 5-7 araw ng negosyo, depende sa uri ng tala at mga petsa ng serbisyo na hiniling.
- Kung hindi namin maproseso ang iyong kahilingan sa loob ng 15 araw ng negosyo para sa Washington State at 30 araw para sa Oregon at Alaska, makikipag-ugnayan kami sa iyo para ipaalam sa iyo ang dahilan para sa pagkahuli at ang inaasahang petsa ng pagproseso.

Pagtanggap ng iyong mga tala:

- Maaari mong piliing tanggapin ang iyong impormasyong pangkalusugan sa papel, sa elektronikong anyo sa CD o sa pamamagitan ng naka-encrypt na e-mail.
- Gumagamit ang PeaceHealth ng isang sistema para sa pag-encrypt ng e-mail upang protektahan ang mga kumpidensiyal na mensahe sa e-mail. Kung nais mong matanggap ang iyong impormasyong pangkalusugan sa pamamagitan ng naka-encrypt na e-mail, makakatanggap ka ng isang notipikasyon sa e-mail na naglalaman ng isang link upang ma-access ang buong mensahe sa aming Ligtas na Server ng E-mail. Magbibigay ng mga direksyon sa email para sa iyong paggawa ng isang user account upang matanggap ang iyong impormasyon.
- Tandaan na ang hindi naka-encrypt na e-mail na ipinadala sa internet ay may panganib na mabasa ng mga hindi awtorisadong indibidwal.
- Pagkatapos ng 15 araw ng negosyo para sa Washington State at 30 araw para sa Oregon at Alaska, kung hindi mo pa natanggap ang mga rekord mo o hindi pa nakikipag-ugnayan sa iyo, pakitingnan ang iyong folder ng spam/junk sa email bago makipag-ugnayan sa HIM.

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

Kahilingan para sa Kopya ng Protektadong Impormasyong Pangkalusugan

Tandaan: Karamihan sa mga kahilingan ay naipapadala sa loob ng 15 araw ng negosyo. Upang maiwasan ang pagkaantala, mangyaring magsulat nang maayos at pirmahan ang form. (* = MGA KAILANGANG SAGUTAN)

*IMPORMASYON TUNGKOL SA PASYENTENG HUMIHILING NG MGA TALA:

*Pangalan ng Pasyente: Apelyido _____ *Pangalan _____ MI _____
 *Address ng Kalye _____ Teleponong Matatawagan sa Araw _____
 *Lungsod, Estado, Zip _____ Teleponong Matatawagan sa Gabi _____
 *Petsa ng Kapanganakan _____ *Petsa Kung Kailan Kailangan Ang Mga Tala: _____

*ANONG MGA TALA SA PASILIDAD ANG KAILANGAN? (lagyan ng tsek ang lahat ng nalalapat)

Lokasyon	Ospital	PHMG	Lokasyon	Ospital	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

Iba pang Lokasyon: _____

*IPADALA ANG MGA TALA SA (TATANGGAP):

Ipadala sa address ng pasyente sa itaas

Pangalan ng Pasilidad _____
 Address ng Kalye: _____

 Lungsod/Estado/Zip: _____

*PAANO IPAPADALA ANG MGA TALA:

Ipadala sa Address ng Tatanggag

I-fax sa numero: _____

I-email sa: _____

Ibang paraan ng pagpapadala (ilarawan): _____

*KAILANGAN ANG HANAY NG PETA SA PAGBISITA (PUMILI NG ISA):

Espesipiko: (mula) _____ (hanggang) _____
 Isang taon na kasaysayan Iba pa: _____

*KAILANGANG IMPORMASYON:

Dokumentasyon ng provider, listahan ng gamot at diyagnostikong impormasyon: Lab, X-ray, EKG (ito ang mga pinakakaraniwang hinihiling)

Mga Imaging Film Mga Tala ng Singil Iba pa (ilarawan): _____

Kumpletong medikal na rekord. Kasama rito ang anuman at lahat ng rekord kasama ang mga rekord ng pagsingil para sa mga petsang tinukoy sa itaas.

Mga Pagkilala:

- Naiintindihan ko na maaari akong mapatawan ng bayad na makatuwiran at batay sa saklaw ng gastos sa pagkokopya, kabilang ang mga gamit, paggawa at pagbabayad ng selyo.
- Naiintindihan ko na ang impormasyon sa aking medikal na tala ay maaaring may kasamang impormasyon kaugnay sa isang paggamot ng pang-aabuso sa gamot o alak, kalusugan ng kaisipan, impormasyong henetiko, sakit na naipapasa sa pakikipagtalik, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), AIDS related complex (ARC) at/o human immunodeficiency virus (HIV).
- Naiintindihan ko na dapat akong magbigay ng legal na dokumentasyon kung ako ang tagapangalaga o Medikal na Power of Attorney (may karapatan na gumawa ng medikal na desisyon).



***Humihiling:** (i-print ang iyong pangalan dito) _____ ***Lagda:** _____ ***Petsa:** _____

Relasyon sa Pasyente: Pasyente (sarili) Magulang/*legal na tagapangalaga *DPOA Iba: _____

* Mangyaring ilakip ang katibayan ng pagiging tagapangalaga/DPOA (medical power of attorney) sa kahilingan na ito.

MGA OPSYON SA PAGBABALIK NG NAKUMPLETONG FORM NA ITO:

Fax: 360-527-9383 Email: releaseofinfo@peacehealth.org

Ipadala sa: PeaceHealth, ATTN: HIM ROI; 1115 164th Ave, Dept 336, Vancouver, WA 98683

Mga tanong? Tumawag sa 1-844-962-2090

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

DocType Description – ROI (Release of Information Authorization)