

## Yêu Cầu Bản Sao Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ

Theo quy định của luật pháp liên bang, quý vị có quyền yêu cầu một bản sao thông tin sức khỏe của mình.

### Cách yêu cầu một bản sao thông tin sức khỏe của quý vị:

1. Điền vào mẫu đơn *Yêu Cầu Bản Sao Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ*

Để tránh những trì hoãn có thể có trong việc giải quyết yêu cầu của quý vị, vui lòng điền cẩn thận mẫu đơn bao gồm:

- Địa chỉ và số điện thoại đầy đủ của quý vị phòng khi chúng tôi cần liên lạc quý vị về yêu cầu của quý vị.
- Ngày quý vị cần hồ sơ trong phần “Ngày cần hồ sơ”. Đối với các yêu cầu khẩn, vui lòng gọi số 1-844-962-2090 hoặc 360-729-1300.
- Nếu quý vị là cha mẹ, người giám hộ hoặc người đại cá nhân, vui lòng bao gồm mối quan hệ của quý vị với bệnh nhân ở phần “Quan Hệ với Bệnh Nhân” và cung cấp giấy tờ được yêu cầu.
- Vui lòng cho biết rõ quý vị muốn hồ sơ được gửi đến đâu và bằng cách nào.

2. Gửi lại mẫu đơn yêu cầu dùng một trong các cách này:

- **Email:** [ReleaseofInfo@peacehealth.org](mailto:ReleaseofInfo@peacehealth.org)
- **Fax:** 360-527-9383 (*Nếu quý vị đang điền yêu cầu này tại một cơ sở PeaceHealth, quý vị có thể yêu cầu một người chăm sóc fax mẫu đơn thay mặt quý vị.*)
- **Qua đường bưu điện:** PeaceHealth, Health Information Management (HIM) Department, ROI Services  
1115 SE 164<sup>th</sup> Avenue, Dept.336  
Vancouver, WA 98683

### Cần chờ đợi gì sau khi quý vị nộp mẫu đơn yêu cầu:

- Yêu cầu của quý vị sẽ được xử lý trong vòng 15 ngày làm việc đối với Bang Washington và 30 ngày đối với Oregon và Alaska.
- Một hóa đơn sẽ được gửi cho quý vị (nếu có các khoản phí).
- Sau khi nhận được thanh toán, hồ sơ sẽ được giao trong 5-7 ngày làm việc, tùy vào loại hồ sơ và ngày cung cấp dịch vụ được yêu cầu.
- Nếu chúng tôi không thể giải quyết yêu cầu của quý vị trong vòng 15 ngày làm việc đối với Bang Washington và 30 ngày đối với Oregon và Alaska, chúng tôi sẽ liên lạc quý vị để thông báo cho quý vị biết lý do trì hoãn và ngày giải quyết dự kiến.

### Nhận hồ sơ của quý vị:

- Quý vị có thể chọn nhận thông tin sức khỏe của quý vị qua hồ sơ giấy, theo phương thức điện tử trên đĩa CD hoặc qua email mã hóa.
- PeaceHealth sử dụng một hệ thống mã hóa email để bảo vệ các tin nhắn email mật. Nếu quý vị chọn nhận thông tin sức khỏe của mình qua email mã hóa, quý vị sẽ nhận được một email thông báo chứa một liên kết để truy cập toàn bộ tin nhắn trên Máy Chủ Email Bảo Mật của chúng tôi. Chúng tôi sẽ cung cấp hướng dẫn trong email để quý vị tạo một tài khoản người dùng để nhận thông tin của quý vị.
- Vui lòng lưu ý rằng email chưa mã hóa gửi qua internet có nguy cơ bị chặn bởi những người trái phép.
- Sau 15 ngày làm việc đối với Bang Washington và 30 ngày đối với Oregon và Alaska, nếu quý vị chưa nhận được hồ sơ hoặc chưa được liên lạc, vui lòng kiểm tra thư mục spam/junk (thư rác) trong email trước khi liên hệ với HIM.

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

## Yêu Cầu Bản Sao Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ

*Lưu ý: Hầu hết các yêu cầu được gửi trong vòng 15 ngày làm việc. Để tránh trì hoãn, vui lòng viết in rõ và ký tên. (\* = CÁC TRƯỜNG BẮT BUỘC)*

**\*THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN CÓ HỒ SƠ ĐƯỢC YÊU CẦU:**

\*Tên Bệnh Nhân: Họ \_\_\_\_\_ \*Tên \_\_\_\_\_ Tên Đệm \_\_\_\_\_  
 \*Địa Chỉ Đường \_\_\_\_\_ Điện Thoại Ban Ngày \_\_\_\_\_  
 \*Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Zip \_\_\_\_\_ Điện Thoại Ban Đêm \_\_\_\_\_  
 \*Ngày Sinh \_\_\_\_\_ \*Ngày Cần Hồ Sơ: \_\_\_\_\_

**\*CẦN HỒ SƠ CỦA CƠ SỞ NÀO? (chọn tất cả các trường hợp phù hợp)**

Địa điểm	Bệnh viện	PHMG	Địa điểm	Bệnh viện	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

Địa Điểm Khác: \_\_\_\_\_

**\*GỬI HỒ SƠ ĐẾN (NGƯỜI NHẬN):**

Gửi đến địa chỉ của bệnh nhân bên trên **HOẶC**

Tên Cơ Sở \_\_\_\_\_  
 Địa Chỉ Đường: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Zip: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**\*CÁCH GỬI HỒ SƠ:**

Gửi đến Địa Chỉ Người Nhận

Fax đến số: \_\_\_\_\_

Email đến: \_\_\_\_\_

Phương thức gửi khác (mô tả): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**\*CẦN CÓ PHẠM VI NGÀY THĂM KHÁM (CHỌN MỘT):**

Cụ thể: (từ) \_\_\_\_\_ (đến) \_\_\_\_\_  
 Lịch sử một năm  Khác: \_\_\_\_\_

**\*THÔNG TIN CẦN THIẾT:**

- Giấy tờ của nhà cung cấp, danh sách thuốc và thông tin chẩn đoán: Xét nghiệm, X quang, EKG (đây là những hồ sơ thường được yêu cầu nhất)
- Phim Chụp  Hồ Sơ Hóa Đơn  Khác (nêu rõ): \_\_\_\_\_
- Hoàn thành các hồ sơ y tế, điều này bao gồm bất kỳ và tất cả hồ sơ bao gồm hồ sơ thanh toán cho những ngày đã được xác định ở trên.

**Xác nhận:**

1. Tôi hiểu rằng tôi có thể được tính một khoản phí hợp lý, dựa trên chi phí bao gồm chi phí sao chép, vật tư, nhân công, và bưu phí.
2. Tôi hiểu rằng thông tin trong hồ sơ y tế của tôi có thể gồm có thông tin liên quan đến điều trị lạm dụng ma túy hoặc rượu, sức khỏe tâm thần, thông tin di truyền, bệnh lây qua đường tình dục, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), phức hợp liên quan đến AIDS (ARC) và/hoặc virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV).
3. Tôi hiểu rằng tôi phải cung cấp giấy tờ pháp lý nếu tôi là người giám hộ hoặc Người Được Ủy Quyền về Y Tế.



**\*Người yêu cầu:** (viết in tên quý vị ở đây) \_\_\_\_\_ **\*Chữ ký:** \_\_\_\_\_ **\*Ngày:** \_\_\_\_\_

Quan Hệ Với Bệnh Nhân:  Bệnh nhân (bản thân)  Cha mẹ/\*người giám hộ hợp pháp  \*DPOA

Khác: \_\_\_\_\_

\* Vui lòng đính kèm giấy tờ chứng minh quyền giám hộ/DPOA (quyền đại diện về y tế) với yêu cầu này.

**CÁC LỰA CHỌN GỬI LẠI MẪU ĐƠN ĐÃ ĐIỀN NÀY:** Fax: 360-527-9383 Email: [releaseofinfo@peacehealth.org](mailto:releaseofinfo@peacehealth.org)

Gửi đến: PeaceHealth, ATTN: HIM ROI; 1115 164<sup>th</sup> Ave, Dept 336, Vancouver, WA 98683

**Nếu có thắc mắc?** Gọi số 1-844-962-2090

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

DocType Description – ROI (Release of Information Authorization)