

كيف يمكنني الحصول على نسخ من سجلاتي الطبية؟

لديك ثلاث خيارات:

1. استخدام My PeaceHealth

- بعض السجلات متاحة مجاناً، عبر الموقع الإلكتروني www.MyPeaceHealth.org بما في ذلك الأدوية، نتائج الاختبار، الإجراءات، وما إلى ذلك.
- إذا لم يكن لديك حساب My PeaceHealth بعد، فستحتاج إلى رمز التفعيل. لتلقي رمز التفعيل، اتصل بمكتب مقدم الرعاية الصحية الخاص بك أو قم بزيارة الموقع الإلكتروني www.MyPeaceHealth.org واضغط على "أنشأ حساب الآن".

2. إرسال نموذج طلب نسخة من المعلومات الصحية المحمية

- إذا كانت السجلات التي تحتاجها غير متوفرة في My PeaceHealth، فيمكنك طلب الحصول على نسخ من سجلاتك الطبية أو توجيهها إلى مقدم الرعاية الصحية أو منشأة مقابل رسوم. انظر الصفحات التالية للتعرف على المزيد من التفاصيل ونموذج الطلب.

3. طلب مقدم الرعاية الصحية

- إذا احتاج مقدم رعاية صحية غير تابع لـ PeaceHealth إلى نسخ من السجلات لرعايتك، يمكن لمكتب مقدم الخدمة طلب السجلات مجاناً من خلال الاتصال بالرقم 1-844-962-2090.

الأسئلة؟ نحن هنا للمساعدة.

- اتصل بالرقم 1-844-962-2090. يتوفر فريق خدمة العملاء لدينا يومياً من 7 صباحاً وحتى 5:30 مساءً. (بتوقيت منطقة المحيط الهادئ).
- البريد الإلكتروني ReleaseofInfo@peacehealth.org.
- قم بزيارة الموقع الإلكتروني www.peacehealth.org/medical-records.

شكراً لاختيارك PeaceHealth. نفتخر حقاً بكوننا مقدم الرعاية الصحية الذي تتق به.

MRO هي شركة تضطلع بمسؤولية الإفصاح عن السجلات الطبية لـ PeaceHealth. وبصفتنا شريكهم في الإفصاح عن المعلومات (ROI)، يسعدنا خدمتك!

يرجى ملء نموذج تصريح الإفصاح عن المعلومات بالكامل والتأكد من توقيعه وتاريخه. مدة معالجة نسخ السجلات هي 5-7 أيام عمل بعد تلقي المدفوعات، اعتماداً على نوع السجلات وتواريخ الخدمة المطلوبة. يسمح القانون الفيدرالي لـ PeaceHealth بفرض تكلفة معقولة على المرضى مقابل حصولهم على نسخ من سجلاتهم (انظر المادة 45 من قانون اللوائح الفيدرالية § 164.524 (ج)(4)).

للحصول على نسخ من سجلاتك، قد يُفرض عليك رسوم بناءً على الجدول التالي:

| إذا كان السجل حاليًا... | واستلمته... | تكون الرسوم... |
|-------------------------|-------------|---|
| إلكترونية | إلكترونية | 6.50 دولار أمريكي رسوم + ضريبة |
| ورقية وإلكترونية | إلكترونية | 6.50 دولار أمريكي رسوم + ضريبة |
| ورقية وإلكترونية | ورقية | 0.10 دولارًا للصفحة + رسوم البريد + الضريبة |
| ورقية | إلكترونية | 0.08 دولار للصفحة + رسوم البريد + الضريبة |

بمجرد أن تصبح السجلات جاهزة، سيتم إخطارك عبر البريد. يرجى مراجعة الفاتورة لمعلومات الدفع. يمكن الدفع عن طريق الشيكات أو بطاقات الائتمان أو الحوالات المالية. وبعدها سيتم إرسال السجلات المطلوبة إليك عبر البريد.

يرجى ملاحظة أنه قد يتم الإفصاح عن سجلات من منشأة أخرى واردة في السجلات المطلوبة.

يُرجى الاتصال على رقم الهاتف 1-844-962-2090. (خارجي). 1 للتحقق من حالة طلبك، أو إجراء الدفع أو طرح أي أسئلة.

مجددًا، تتوفر بعض السجلات مجانًا عبر الموقع الإلكتروني www.MyPeaceHealth.org.

(توضع هذه الصفحة في 'سجل عدم الفحص' الخاص بالمريض)

طلب نسخة من المعلومات الصحية المحمية

لديك الحق بموجب القانون الفيدرالي في طلب نسخة من معلوماتك الصحية.

كيفية طلب نسخة من معلوماتك الصحية:

1. أكمل نموذج طلب نسخة من المعلومات الصحية المحمية.

لمنع أي تأخير محتمل في معالجة طلبك، يرجى ملء النموذج بعناية بما في ذلك:

- عنوانك الكامل ورقم هاتفك في حال الحاجة إلى التواصل معك بشأن طلبك.
- التاريخ الذي تحتاج فيه إلى السجلات في قسم "تواريخ السجلات المطلوبة". للطلبات الطارئة، يرجى الاتصال على الرقم 962-2090-1-844.
- إذا كنت أحد الوالدين أو الوصي أو الممثل الشخصي، فيرجى تضمين علاقتك بالمريض في قسم "العلاقة بالمريض" وتقديم الوثائق المطلوبة.

2. إعادة نموذج الطلب باستخدام أحد الطرق التالية:

- البريد الإلكتروني: ReleaseofInfo@peacehealth.org
- الفاكس: 9383-527-360 (إذا كنت تستكمل هذا الطلب في منشأة PeaceHealth، فيمكنك أن تطلب من مقدم الرعاية إرسال النموذج نيابة عنك عبر الفاكس).
- البريد: PeaceHealth، قسم إدارة المعلومات الصحية، خدمات الإفصاح عن المعلومات
SE 164th Avenue, Dept.336 1115
فانكوفر، واشنطن 98683

ما يجب توقعه بعد إرسال نموذج الطلب:

- سيتم معالجة طلبك في غضون 15 يوم عمل بمجرد استلامه من قبل إدارة المعلومات الصحية، قسم الإفصاح عن المعلومات في فانكوفر، واشنطن.
- إذا لم تتمكن من معالجة طلبك في غضون 15 يوم عمل، فسوف نتصل بك لإعلامك بسبب هذا التأخير وتاريخ المعالجة المتوقع.

استلام سجلاتك:

- يمكنك اختيار الحصول على معلوماتك الصحية في صيغة ملفات ورقية، أو في صيغة إلكترونية موضوعة على قرص مضغوط أو مرسل من خلال البريد الإلكتروني المشفر أو غير المشفر.
- تستخدم PeaceHealth نظام تشفير للبريد الإلكتروني لحماية الرسائل السرية المرسله عبر البريد الإلكتروني. عند اختيارك الحصول على معلوماتك الصحية عبر البريد الإلكتروني المشفر، سوف تتلقى إخطاراً عبر البريد الإلكتروني يتضمن رابط لقراءة الرسالة كاملة على خادم البريد الإلكتروني المحمي. سيتم توفير الإرشادات لك في البريد الإلكتروني لتتمكن من إنشاء حساب مستخدم للحصول على معلوماتك.
- يرجى الملاحظة أن الرسالة المرسله عبر البريد الإلكتروني غير المشفر تتضمن خطر اطلاع الأشخاص غير المصرح لهم عليها.
- بعد انقضاء 15 يوم عمل، في حال عدم حصولك على السجلات أو إذا لم يتم الاتصال بك يرجى التحقق من مجلد الحظر الإلكتروني/مجلد البريد غير الهام.

(توضع هذه الصفحة في 'سجل عدم الفحص' الخاص بالمريض)

طلب نسخة من المعلومات الصحية المحمية

معلومات المريض للسجلات المطلوبة (لمنع حالات التأخير، يرجى طباعتها والتوقيع عليها بوضوح):

| | | | | |
|--|--|---|----------------------------------|---------------|
| الاسم: الاسم الأخير | مطلوب | الاسم الأول | مطلوب | اسم العائلة |
| عنوان الشارع | مطلوب | | | |
| المدينة، الولاية، الرمز البريدي | مطلوب | الهاتف المتاح أثناء ساعات النهار | | |
| تاريخ الميلاد: | مطلوب | الهاتف المتاح أثناء ساعات المساء | | |
| تواريخ السجلات المطلوبة: ملاحظة: تقدم معظم الطلبات في غضون 15 يوم عمل. | | | | |
| ما هي سجلات المرافق المطلوبة؟ (اختر جميع ما ينطبق عليك) | الموقع | المستشفيات | PHMG | الموقع |
| | سبرينغفيلد | <input type="checkbox"/> مستشفى ريفير بند | <input type="checkbox"/> العيادة | لونجفيو |
| | يوجين | <input type="checkbox"/> مقاطعة الجامعة | <input type="checkbox"/> العيادة | بيلينجام |
| | كوتاتج جروف | <input type="checkbox"/> مستشفى كوتاتج جروف | <input type="checkbox"/> العيادة | فرايدي هاربور |
| | فلورنسا | <input type="checkbox"/> مستشفى بيبس هاربور | <input type="checkbox"/> العيادة | سيدرو-والي |
| | فانكوفر | <input type="checkbox"/> مستشفى ساوث ويست | <input type="checkbox"/> العيادة | كيتشيكان |
| أخرى (حدد المواقع): _____ | | | | |
| إرسال السجلات إلى (اختر واحداً) | إرسال إلى العنوان المذكور أعلاه: <input type="checkbox"/> ورقياً <input type="checkbox"/> أو إلكترونياً من خلال وضعه على قرص مضغوط | | | |
| | إرساله إلى هذا البريد الإلكتروني: _____ | | | |
| | <input type="checkbox"/> بريد إلكتروني مشفر (يتطلب التصديق بالرقم السري) <input type="checkbox"/> غير مشفر (غير محمي) | | | |
| | عنوان المستلم (ما لم يذكر أعلاه): <input type="checkbox"/> ورقياً <input type="checkbox"/> أو إلكترونياً من خلال وضعه على قرص مضغوط اسم (المنشأة): _____ عنوان الشارع: _____ المدينة/الولاية/الرمز البريدي: _____ | | | |
| إرسال إلى رقم الفاكس هذا: _____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> إرسال السجلات إلى حسابي لدى My PeaceHealth | | | | |
| <input type="checkbox"/> طرق التسليم الأخرى (وضح): _____ | | | | |
| تواريخ الخدمة المطلوبة (اختر واحدة) | <input type="checkbox"/> خاصة: (من) _____ (إلى) _____ (مطلوبة) | | | |
| | <input type="checkbox"/> تاريخ المريض لمدة عام واحد <input type="checkbox"/> أخرى: _____ | | | |
| المعلومات المطلوبة | <input type="checkbox"/> تتضمن "مجموعة-بيرت" (الأكثر طلباً): مستندات مقدم الخدمة، قائمة الأدوية ومعلومات التشخيص، والمعامل، والأشعة السينية، وتخطيط كهربية القلب (EKG) | | | |
| | <input type="checkbox"/> الأفلام التصويرية <input type="checkbox"/> سجلات الفواتير <input type="checkbox"/> أخرى (حدد): _____ | | | |

إقرارات

- أدرك أنه قد يتم فرض رسوم معقولة على استناداً إلى التكلفة التي تغطي تكلفة النسخ، بما في ذلك اللوازم والعمالة والبريد.
- إذا اخترت إرسال معلوماتي الصحية عن طريق البريد الإلكتروني غير المشفر، فانا أدرك مخاطر الأمان الكامنة المرتبطة بنقل رسائل البريد الإلكتروني عبر الإنترنت.
- كما أتفهم أنه لا بد لي من تقديم مستندات قانونية إذا كنت أنا الوصي أو الوكيل القانوني.

مقدم الطلب: (اطبع اسمك هنا) التوقيع: _____ التاريخ: _____
علاقتك بالمريض: المريض (نفسه) ولي الأمر/ الوصي القانوني *موكل دائم أخرى: _____
* يرجى إرفاق إثباتات الوصاية/ الوكالة الرسمية الدائمة (الوكالة الطبية) بهذا الطلب.

| | | |
|--|----------------------|---|
| البريد الإلكتروني: releaseofinfo@peacehealth.org | الفاكس: 360-527-9383 | البريد: PeaceHealth، الإفصاح عن المعلومات بإدارة المعلومات الصحية (HIM) (ROI) |
|--|----------------------|---|

Staff use only: MRUN _____ Records provided? Yes No Initial _____ Date _____



Release of Information Authorization