

MRO 是一家为 PeaceHealth 处理医疗记录披露的公司。作为其信息披露 (ROI) 合作伙伴，我们很荣幸为您服务！

请完整填写一份信息披露授权表，并在上面签好名和注明日期。记录副本的处理时间为收到付款后 5-7 个工作日，具体视记录类型和请求的服务日期而定。联邦法律允许 PeaceHealth 针对患者记录副本按成本收取合理的费用（请参阅 45 CFR § 164.524(c)(4) 条）。

对于您的记录副本，可能会根据以下费用表向您收取费用：

| 如果目前记录的形式为... | 收到的形式为... | 则费用为... |
|---------------|-----------|----------------------|
| 电子 | 电子 | \$6.50 + 税费 |
| 纸质和电子 | 电子 | \$6.50 + 税费 |
| 纸质和电子 | 纸质 | 每张 \$0.10 + 邮资 + 税费 |
| 纸质 | 电子 | 每张 \$0.08 + 邮资 + 销售税 |

记录准备妥当后,我们将通过邮件通知您。请务必查看发票上有关付款的信息。您可通过支票、信用卡或汇票付款。您请求的记录之后会邮寄给您。

请注意，所请求记录中若包含有来自另一机构的记录，同样也会被披露。

如需查看请求状态、付款或咨询，请拨打 **1-844-962-2090** 并转 **1**。

某些记录同样可以免费从 www.MyPeaceHealth.org 上获得。

(此页为患者留存页，请勿将其扫描至记录中)

索取受保護的健康資訊副本

根據聯邦法律，您有權索取您健康資訊的副本。

如何索取您健康資訊的副本：

1. 填寫索取受保護的健康資訊副本表格

為預防您的申請可能遭延遲處理，請仔細填寫表格，包括：

- 您的完整地址和電話號碼，讓我們在需要時為您的申請與您聯絡。
- 您需要在「所需病歷記錄之日期」部分中記錄申請病歷記錄的日期。如有緊急申請，請致電 1-844-962-2090。
- 如果您是父母、監護人或代表人，請於「與病患的關係」部分填寫您與病患的關係，並提供必要的文件。

2. 請以下列方式擇一寄回索取表格：

- 電子郵件：ReleaseofInfo@peacehealth.org
- 傳真：1-844-962-2090 (若您在任一 PeaceHealth 單位填寫申請表格，您可請看護者為您傳真表格。)
- 郵寄地址：PeaceHealth, HIM Department, ROI Services
1115 SE 164th Avenue, Dept.336
Vancouver, WA 98683

提交申請表格後可能會產生的狀況：

- 您的申請將會在表格送達華盛頓州溫哥華資訊發行部門的健康資訊管理處後 15 個工作天內處理。
- 若我們無法在 15 個工作天內處理您的申請，我們將會與您聯絡並告知您延遲處理的原因和預計的處理日期。

收取您的病歷記錄：

- 您可以選擇以紙本或電子方式 (複製在 CD 中，或以未加密或已加密的電子郵件) 收取健康資訊。
- PeaceHealth 使用電子郵件加密系統來保護機密的電子郵件通訊。如果您選擇以加密的電子郵件接收健康資訊，您將會收到一封電子郵件通知，內容包括存取我們的安全電子郵件伺服器上完整郵件的連結。電子郵件會提供相關的指示，讓您能夠建立使用者帳戶來接收您的資訊。
- 請注意，透過網際網路傳送未加密的電子郵件，會有遭未經授權人士截取的風險。
- 在 15 個工作天之後，如果您尚未收到病歷記錄或沒有與您聯絡，請檢查您的垃圾郵件匣

索取受保護的健康資訊副本

索取病歷記錄的病患資訊 (為預防延遲，請以正楷清楚書寫和簽署)：

| | | |
|--|---|--------|
| 姓名：姓氏 <small>必須</small> | 名字 <small>必須</small> | 中間名首字母 |
| 街道地址 <small>必須</small> | | |
| 城市、州、郵遞區號 <small>必須</small> | 日間聯絡電話 | |
| 出生日期： <small>必須</small> | 夜間聯絡電話 | |
| 所需病歷記錄之日期： <i>注意：大部分的申請都會在 15 個工作天內寄出。</i> | | |
| 病歷記錄寄至 (擇一) | 寄到上述地址： <input type="checkbox"/> 紙本 <input type="checkbox"/> 電子，複製在 CD 上 | |
| | 傳送至此電子郵件： <input type="checkbox"/> 已加密 (需要密碼驗證) <input type="checkbox"/> 未加密 (不安全) | |
| | 收件人地址 (若與上述不同)： <input type="checkbox"/> 紙本 <input type="checkbox"/> 電子，複製在 CD 上 (單位) 名稱：_____ | |
| | 街道地址：_____ | |
| | 城市 / 州 / 郵遞區號：_____ | |
| 傳送至此傳真號碼：_____ | | |
| <input type="checkbox"/> 將病歷記錄寄到 My PeaceHealth 帳戶 | | |
| <input type="checkbox"/> 其他寄送方式 (請說明)：_____ | | |
| 所需服務之日期 (擇一) | <input type="checkbox"/> 指定：(從) _____ (至) _____ | |
| | <input type="checkbox"/> 一年的病歷 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | |
| 所需資訊 | 從以下 PeaceHealth 單位 / 供應商： | |
| | <input type="checkbox"/> 「Pert-Pack」(最常收到之申請) 包括：醫療服務供應商文件、用藥清單和診斷資訊；實驗室檢測、X 光、心電圖 | |
| | <input type="checkbox"/> 影像底片 <input type="checkbox"/> 帳單記錄 | |
| | <input type="checkbox"/> 其他 (請說明)：_____ | |

確認

- 我理解我可能會被收取合理的成本費用，用以支付影印費用，包括用品、人事成本和郵資。
- 如果我選擇以未加密的電子郵件傳送健康資訊，我理解與經網際網路傳送電子郵件相關的既有安全風險。
- 我理解，如果我是監護人或醫療委託人，我必須提供法律證明文件。

申請人：_____ (請在此處以正楷書寫) 簽名：_____ 日期：_____

與病患的關係 病患 (本人) 父母 / *法定監護人 *持續有效委託人 其他：
*請在此申請表格附上監護 / 持續有效委託人 (醫療委託人) 證明

| | |
|--|---|
| 請填寫所有必填欄位並寄回： 傳真：360-527-9383 | 郵寄地址：PeaceHealth, HIM, ROI |
| 電子郵件： releaseofinfo@peacehealth.org | 1115 SE 164 th Ave, Dept 336 |
| 如有疑問，請撥打：1-844-962-2090 | Vancouver, WA 98683 |

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

SYS1001-PKT-M (01/13/20)

PeaceHealth
Packet for:
Request for Copy of Protected Health Information -
Mandarin
 Page 3 of 3

Patient Identification



Release of Information Authorization