

## 我如何获得医疗记录副本？

您有三种选择：

### 1. 使用 My PeaceHealth

- 一些记录可通过访问以下网址免费获取：[www.MyPeaceHealth.org](http://www.MyPeaceHealth.org) 包括药物、检测结果、手术程序，等等。
- 如果您还没有 My PeaceHealth 帐户，则需要一个激活码。如需接收该激活码，请联系您的医疗保健提供者的办公室，或者访问 [www.MyPeaceHealth.org](http://www.MyPeaceHealth.org)，点击“Sign Up Now”（立即注册）。

### 2. 提交《受保护健康信息副本申请》表格

- 如果 My PeaceHealth 上没有您需要的记录，您可以申请接收或发送您的医疗记录副本至医疗保健提供者或机构，但需收费。联邦法律允许 PeaceHealth 对患者的医疗记录副本收取合理的、基于成本的费用（请参阅 45 CFR§164.524(c)(4)）。

如果您的记录现为.....	您接收的版本为.....	费用为.....
电子版	电子版	\$6.50 收费 + 税费
纸质版和电子版	电子版	\$6.50 收费 + 税费
纸质版和电子版	纸质版	\$0.10 每页 + 邮费 + 税费
纸质版	电子版	\$0.08 每页 + 邮费 + 税费

- 有关更多详细信息和申请表的内容，请参阅以下页面。

### 3. 医疗保健提供者申请

- 如果非 PeaceHealth 的医疗保健提供者需要您护理记录的副本，该医疗保健提供者的办公室可将申请传真至 360-527-9383，以免费索取记录。

有疑问？我们将向您提供帮助。

- 请致电 1-844-962-2090。我们的客户服务 (Customer Service) 团队每天上午 7 点至下午 5:30（PT 时间）提供服务。
- 发送电子邮件至 [ReleaseofInfo@peacehealth.org](mailto:ReleaseofInfo@peacehealth.org)。
- 访问 [www.peacehealth.org/medical-records](http://www.peacehealth.org/medical-records)。

MRO 公司为 PeaceHealth 处理医疗记录披露事宜。作为其信息披露 (Release of Information, ROI) 的合作伙伴，我们很高兴为您服务！

感谢您选择 PeaceHealth。我们很荣幸成为您信赖的医疗保健提供者。

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

Patient Identification:

SYS1001-PKT-M (08/26/20)

PeaceHealth  
Packet for  
**Request for Copy of Protected Health Information -  
Mandarin**

1 of 3

## 申请受保护健康信息副本

根据联邦法律，您有权申请关于您健康信息的副本。

### 如何申请您的健康信息副本：

1. 填写《受保护健康信息副本申请》表。

为了避免延迟处理您的请求，请仔细填写表格信息，包括：

- 您的完整地址和电话号码，以便我们需要就您的申请与您联系。
- 在“Date records needed”（需要记录的日期）部分，填写您需要记录的日期。如为紧急申请，请致电 1-844-962-2090 或 360-729-1300。
- 如果您为患者的父母、监护人或个人代表，请在“Relationship to Patient”（与患者的关系）部分中注明您与患者的关系，并提供所需文件。
- 请清楚注明您希望接收记录的地点以及递送记录的方式。

2. 通过下面的一种方式返回申请表：

- 发电子邮件：[ReleaseofInfo@peacehealth.org](mailto:ReleaseofInfo@peacehealth.org)
- 发传真：360-527-9383（如果您是在 PeaceHealth 机构填写此申请，您可以请护理人员代表您发送表格传真。）
- 邮寄：PeaceHealth, HIM Department, ROI Services  
1115 SE 164<sup>th</sup> Avenue, Dept.336  
Vancouver, WA 98683

### 提交申请表之后的流程：

- 位于华盛顿州温哥华市的信息披露部的健康信息管理科在收到您的申请之后，将于 15 个工作日内处理该申请，并将发票邮寄给您（如需收费）。
- 收到付款后，根据记录的类型和申请服务的日期，记录将在 5-7 个工作日内送达。
- 如果我们无法在 15 个工作日内处理您的申请，我们将与您联系，告知您延期的原因和预计的处理日期。

### 接收您的记录：

- 您可选择接收纸质版的健康信息，或者在 CD 上或通过加密的电子邮件接收电子版的健康信息。
- PeaceHealth 使用电子邮件加密系统，以保护机密电子邮件信息。如果您选择通过加密的电子邮件接收健康信息，您将收到一封通知邮件，其中含有一个链接，用于访问我们的 Secure E-mail Server（安全电子邮件服务器）上的完整信息。电子邮件中将提供说明，供您创建用户帐号并接收您的信息。
- 请注意，通过互联网传输的未加密电子邮件有被未经授权个体拦截的风险。
- 15 个工作日后，如果您仍未收到记录或无人与您联系，请检查您的垃圾邮件/垃圾邮件文件夹。

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

## 受保护健康信息副本申请表

*注意：大多数申请在 15 个工作日内发送。为避免延期，请清晰地填写并签名。（\* = 必填项）*

**\*有关申请记录的患者之信息：**

\*患者姓名：姓 \_\_\_\_\_ \* 名 \_\_\_\_\_ 中间名 \_\_\_\_\_  
 \*街道地址 \_\_\_\_\_ 日间联络电话 \_\_\_\_\_  
 \*城市、州、邮政编码 \_\_\_\_\_ 夜间联络电话 \_\_\_\_\_  
 \*出生日期 \_\_\_\_\_ \*需要记录的日期： \_\_\_\_\_

**\*需要哪所机构的记录？（请勾选所有适用项）**

地点	医院	PeaceHealth 医疗集团 (PHMG)
Springfield	<input type="checkbox"/> Riverbend Hospital	<input type="checkbox"/> Clinic
Eugene	<input type="checkbox"/> University District	<input type="checkbox"/> Clinic
Cottage Grove	<input type="checkbox"/> Cottage Grove Hosp	<input type="checkbox"/> Clinic
Florence	<input type="checkbox"/> Peace Harbor Hosp	<input type="checkbox"/> Clinic
Vancouver	<input type="checkbox"/> Southwest Hospital	<input type="checkbox"/> Clinic

地点	医院	PeaceHealth 医疗集团 (PHMG)
Longview	<input type="checkbox"/> St John Hospital	<input type="checkbox"/> Clinic
Bellingham	<input type="checkbox"/> St Joseph	<input type="checkbox"/> Clinic
Friday Harbor	<input type="checkbox"/> Peace Island Hosp	<input type="checkbox"/> Clinic
Sedro-Woolley	<input type="checkbox"/> United General	<input type="checkbox"/> Clinic
Ketchikan	<input type="checkbox"/> Ketchikan Hosp	<input type="checkbox"/> Clinic

其他地点： \_\_\_\_\_

**\*发送记录至（收件人）：**

发送至患者的以上地址 或

机构名 \_\_\_\_\_  
 街道地址： \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 城/州/邮政编码： \_\_\_\_\_

**\*发送记录的方式：**

邮寄至收件人地址

传真至号码： \_\_\_\_\_

发送电子邮件至： \_\_\_\_\_

其他递送方式（请描述）： \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**\*所需的就诊时间范围（选择一项）：**

具体时间：（从） \_\_\_\_\_ （至） \_\_\_\_\_  
 一年历史记录       其他： \_\_\_\_\_

**\*所需信息：**

医疗保健提供者文件、药物清单和诊断信息：实验室检验结果、X光检查、心电图（这些为最常见的需要）  
 成像影片       账单记录       其他（具体）： \_\_\_\_\_

**确认书：**

- 本人了解，本人可能会被收取基于成本的合理费用（含复印费用），包括物料、人工和邮费。
- 本人了解，本人的医疗记录信息种类可能包括下列相关信息：药物或酒精滥用治疗、心理健康、遗传信息、性传播疾病、艾滋病 (AIDS)、艾滋病相关综合症 (ARC) 和/或艾滋病病毒 (HIV) 的信息。
- 本人了解，如果本人是监护人或医疗授权人，我必须提供法律文件。

\* 申请人：（在此处以正楷注明您的姓名） \_\_\_\_\_ \* 签名： \_\_\_\_\_ \* 日期 \_\_\_\_\_  
 与患者的关系： 患者（本人）  父母/\* 法定监护人  \* 预立代理人 (DPOA)  其他： \_\_\_\_\_  
 \* 请随此申请表附上监护人证明/DPOA（医疗授权书）。

返回此填妥表格的方式： 传真：360-527-9383 电子邮件：[releaseofinfo@peacehealth.org](mailto:releaseofinfo@peacehealth.org)  
 邮寄至： PeaceHealth, ATTN: HIM ROI; 1115 164<sup>th</sup> Ave, Dept 336, Vancouver, WA 98683

有疑问？ 请致电 1-844-962-2090

