

**MRO — компания, занимающаяся выдачей медицинских карт для PeaceHealth. Мы с радостью предоставим вам наши услуги в качестве партнёра данной компании по вопросам выдачи информации (ROI).**

**Заполните регистрационную форму для выдачи информации (ROI), добавив подпись и дату.** Время обработки копий медицинских карт составляет 5-7 рабочих дней с момента получения платежа, в зависимости от типов запрашиваемых карт и даты подачи запроса на услуги. Федеральный закон разрешает компании PeaceHealth взимать с пациентов сбор за выдачу копий их карт (см. главу 45 Свода федеральных правил (CFR, Code of Federal Regulations) § 164.524(c)(4)).

**За копию ваших карт с вас может взиматься дополнительный сбор согласно указанным тарифам:**

| <b>Если сейчас ваша карта...</b> | <b>и вы получили её...</b> | <b>размер сбора составит...</b>                     |
|----------------------------------|----------------------------|---|
| В электронном виде               | В электронном виде         | 6,50 \$ + налог                                     |
| В электронном и печатном виде    | В электронном виде         | 6,50 \$ + налог                                     |
| В электронном и печатном виде    | В печатном виде            | 0,10 \$ за страницу + почтовый сбор + налог         |
| В печатном виде                  | В электронном виде         | 0,08\$ за страницу + почтовый сбор + налог с продаж |

**Когда карты будут готовы, вы получите уведомление по почте. Информацию об оплате можно найти в счёте-фактуре. Оплату можно совершить чеком, кредитной картой или почтовым переводом. После этого запрошенная карта будет отправлена вам почтой.**

**Обратите внимание на то, что также могут быть выданы карты из других учреждений, которые содержатся в запрашиваемых копиях.**

**Звоните по номеру 1-844-962-2090 доб. 1, чтобы узнать статус вашего запроса, совершить оплату или задать вопросы.**

Некоторые карты доступны бесплатно на сайте [www.MyPeaceHealth.org](http://www.MyPeaceHealth.org).

(Эта страница предназначена для пациента - Не подлежит сканированию и добавлению в медицинскую карту)

## Заявка на получение копии охраняемой законом информации о состоянии здоровья

Согласно федеральному закону вы имеете право получить копию информации о состоянии вашего здоровья.

### Как направить заявку на получение копии информации о состоянии вашего здоровья

1. Заполните Заявку на получение копии охраняемой законом информации о состоянии здоровья. Чтобы предотвратить возможные задержки при обработке вашей заявки, внимательно заполните форму, включая следующие сведения:
  - ваш полный адрес и номер телефона на случай, если нам потребуется связаться с вами относительно вашей заявки;
  - дата, к которой вам требуются запрашиваемые документы, в поле «Срок представления документов». В случае срочных заявок просим вас обращаться по телефону 1-844-962-2090;
  - если вы родитель, опекун или личный представитель, укажите сведения о вашем отношении к пациенту в поле «Отношение к пациенту» и представьте требуемую документацию.
2. Направьте заявку одним из следующих способов:
  - **по электронной почте:** [ReleaseofInfo@peacehealth.org](mailto:ReleaseofInfo@peacehealth.org)
  - **по факсу:** 360-527-9383 (если вы заполняете заявку в одном из учреждений PeaceHealth, вы можете попросить специалиста по уходу отправить форму по факсу от вашего имени)
  - **по почте:** PeaceHealth, HIM Department, ROI Services  
1115 SE 164<sup>th</sup> Avenue, Dept.336  
Vancouver, WA 98683

### Что произойдет после того, как вы направите заявку

- Ваша заявка будет обработана в течение 15 рабочих дней после ее получения отделом по управлению информацией о состоянии здоровья и раскрытию информации в г. Ванкувере, штат Вашингтон.
- Если мы не сможем обработать вашу заявку в течение 15 рабочих дней, мы свяжемся с вами, чтобы сообщить причину такой задержки и ожидаемую дату обработки.

### Получение документации

- Вы можете выбрать форму получения информации о состоянии вашего здоровья — в бумажной форме, в электронной форме, на компакт-диске либо в незашифрованном или зашифрованном электронном письме.
- Для защиты конфиденциальности сообщений, передаваемых по электронной почте, PeaceHealth использует систему шифрования электронной почты. Если вы выберете вариант получения информации о состоянии вашего здоровья в зашифрованном электронном письме, вы получите электронное письмо-уведомление, в котором будет содержаться ссылка для доступа к полному тексту сообщения на нашем защищенном сервере электронной почты. В электронном письме также будут содержаться инструкции по созданию учетной записи пользователя для получения информации.
- Обратите внимание, что при пересылке информации через Интернет в незашифрованном электронном письме возникает риск ее перехвата неуполномоченными лицами.
- Если вы не получили свои документы через 15 рабочих дней, проверьте папку «Спам»/«Нежелательная почта» вашего электронного почтового ящика.

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

Patient Identification

PeaceHealth  
Packet for:  
**Request for Copy of Protected Health Information – Russian**  
Page 2 of 4

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

## Заявка на получение копии охраняемой законом информации о состоянии здоровья

**Информация о пациенте для получения запрошенных документов (во избежание задержек заполните форму печатными буквами и подпишите)**

|   |   |
|---|---|
| <b>Полное имя: Фамилия</b> <small>обязательное поле</small>   | <b>Имя</b> <small>обязательное поле</small>   |
| <b>Отчество</b>   |   |
| <b>Улица, номер дома</b> <small>обязательное поле</small>   |   |
| <b>Город, штат, индекс</b> <small>обязательное поле</small>   | <b>Телефон в дневное время</b>  |
| <b>Дата рождения:</b> <small>обязательное поле</small>  | <b>Телефон в вечернее время</b>   |
| <b>Необходимые документы:</b> <i>Примечание. Большинство заявок обрабатывается в течение 15 рабочих дней.</i> |   |
| <b>Способ доставки документации (выберите один вариант)</b>   | <b>Направить по вышеуказанному адресу:</b> <input type="checkbox"/> в бумажной форме <input type="checkbox"/> в электронной форме на компакт-диске  |
|   | <b>Направить по следующему адресу электронной почты:</b> _____<br><input type="checkbox"/> в зашифрованном виде (потребуется аутентификация с помощью пароля)<br><input type="checkbox"/> в незашифрованном виде (небезопасно)  |
|   | <b>Адрес получателя (если не совпадает с указанным выше):</b> <input type="checkbox"/> в бумажной форме <input type="checkbox"/> в электронной форме на компакт-диске<br>(Учреждение) Название: _____<br>Адрес и номер дома: _____<br>Город/штат/индекс: _____        |
|   | <b>Направить по следующему номеру факса:</b> _____<br><input type="checkbox"/> <b>Направить документы в мой личный кабинет на портале My PeaceHealth</b>  |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Другой способ доставки (опишите):</b> _____   |
| <b>Период оказания услуг (выберите один вариант)</b>  | <input type="checkbox"/> Конкретные даты: (с) <small>обязательное поле</small> _____ (по) <small>обязательное поле</small> _____  |
|   | <input type="checkbox"/> Один год <input type="checkbox"/> Другое: _____  |
| <b>Необходимая информация</b>   | От следующего поставщика медицинских услуг/медицинского учреждения PeaceHealth:<br><small>Название больницы/клиники</small>   |
|   | <input type="checkbox"/> Полный комплект (наиболее популярный вариант), в составе которого: документация поставщика медицинских услуг, перечень назначенных лекарственных препаратов и диагностическая информация; результаты лабораторных исследований, рентген, ЭКГ |
|   | <input type="checkbox"/> Визуализационные материалы <input type="checkbox"/> Платежные документы  |
|   | <input type="checkbox"/> Другое (укажите): _____  |

### Подтверждения

1. Я понимаю, что с меня может взиматься разумная плата на основе затрат, которая покрывает стоимость копирования, включая затраты на расходные материалы, оплату труда и почтовую пересылку.



2. Если я выберу вариант получения информации о моем состоянии здоровья в незашифрованном электронном письме, я осознаю все неотъемлемые риски с точки зрения безопасности, связанные с передачей электронной почты через Интернет.
3. Я понимаю, что должен (должна) представить юридическую документацию, подтверждающую мой статус опекуна, либо доверенность на право представлять интересы пациента.

**Заявитель:** \_\_\_\_\_ (укажите Ф.И.О. печатными буквами) **Подпись:** \_\_\_\_\_ **Дата:** \_\_\_\_\_

Отношение к пациенту:  Пациент (самостоятельно)  Родитель /\*законный опекун  
 \*Представитель по доверенности  Другое: \_\_\_\_\_

\* Приложите к заявке подтверждение своих полномочий опекуна/представителя по доверенности (доверенность на право представлять интересы пациента)

**Заполните все обязательные поля и отправьте заявку:**

**по почте:** PeaceHealth, HIM, ROI  
1115 SE 164<sup>th</sup> Ave, Dept 336  
Vancouver, WA 98683

**по факсу:** 360-527-9383 **по электронной почте:** [releaseofinfo@peacehealth.org](mailto:releaseofinfo@peacehealth.org)

В случае возникновения вопросов: **1-844-962-2090**

**Staff only:** MRUN \_\_\_\_\_ Records provided?  Yes  No Initial \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

