

Theo luật pháp liên bang, quý vị có quyền yêu cầu một bản sao thông tin y tế của quý vị.

Cách yêu cầu một bản sao thông tin y tế của quý vị:

- Hoàn thành mẫu Yêu Cầu Bản Sao Thông Tin Y Tế Được Bảo Vệ đính kèm và gửi thư hoặc fax mẫu đó tới Bộ Phận Tiết Lộ Thông Tin, Ban Quản Lý Thông Tin Y Tế (xem dưới đây). Nếu quý vị hoàn thành yêu cầu này tại một cơ sở của PeaceHealth, quý vị có thể yêu cầu một nhân viên chuyên tiếp yêu cầu qua fax.
- Hãy nhớ ghi đầy đủ địa chỉ và một số điện thoại mà chúng tôi có thể dùng để gọi cho quý vị, trong trường hợp chúng tôi có bất kỳ câu hỏi nào về yêu cầu của quý vị.
- Nếu một phụ huynh, người giám hộ, hay đại diện cá nhân ký mẫu này, vui lòng ghi quan hệ của quý vị với bệnh nhân trong dòng đã cho, và cung cấp giấy tờ chứng minh thẩm quyền của quý vị theo yêu cầu. Vui lòng gọi cho Bộ Phận Tiết Lộ Thông Tin, Ban Quản Lý Thông Tin Y Tế nếu quý vị có thắc mắc.

Điều thông thường sẽ xảy ra:

Quý vị có quyền kiểm tra và nhận các bản sao thông tin y tế mà chúng tôi có thể sử dụng để đưa ra các quyết định về dịch vụ chăm sóc của quý vị.

- Yêu cầu của quý vị sẽ được xử lý trong vòng 15 ngày làm việc sau khi Bộ Phận Tiết Lộ Thông Tin, Ban Quản Lý Thông Tin Y Tế ở Vancouver, WA nhận được yêu cầu.
- Nếu chúng tôi không thể xử lý yêu cầu của quý vị trong vòng 15 ngày làm việc, chúng tôi sẽ liên lạc với quý vị để báo cho quý vị lý do trì hoãn và ngày dự kiến xử lý xong yêu cầu.
- Chúng tôi có thể từ chối yêu cầu của quý vị trong một số ít tình huống nhất định.

Thông Tin Gửi Thư (không công khai):

PeaceHealth, HIM, ROI

1115 SE 164th Avenue, Dept. 336

Vancouver, WA 98683

Ban Dịch Vụ Khách Hàng: (360) 729-1300

Fax: (360) 527-9383

E-mail Được Mã Hóa và Không Được Mã Hóa:

Quý vị có thể chọn nhận thông tin y tế của mình qua e-mail được mã hóa hoặc không được mã hóa.

- E-mail không được mã hóa truyền qua Internet có nguy cơ bị chặn bởi các cá nhân không được phép.
- PeaceHealth sử dụng một hệ thống mã hóa e-mail để bảo vệ các tin nhắn e-mail bảo mật. Nếu quý vị chọn nhận thông tin y tế của mình qua e-mail được mã hóa, quý vị sẽ nhận được một e-mail thông báo có chứa đường dẫn để truy cập tin nhắn đầy đủ trên Máy Chủ E-mail Bảo Mật của chúng tôi. Quý vị sẽ cần phải lập một tài khoản người dùng để nhận thông tin của mình.

Patient Identification

SYS1001-VT (02/05/18)

PeaceHealth
**Request for Copy of Protected Health Information-
Vietnamese**
Page 1 of 2

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

Thông Tin Bệnh Nhân (vui lòng viết in hoa):

Họ	Tên	Tên Đệm
Số Nhà và Tên Phố	Số Điện Thoại Ban Ngày	
Thành Phố, Tiêu Bang, Mã Zip	Số Điện Thoại Buổi Tối	
Ngày Sinh:		

Tôi yêu cầu PeaceHealth cung cấp cho tôi một bản sao thông tin y tế của tôi như sau:

Cơ sở PeaceHealth nào	<input type="checkbox"/> Cơ sở cụ thể: _____ <input type="checkbox"/> Tất cả các cơ sở
Những ngày nhận dịch vụ nào?	<input type="checkbox"/> Cụ thể: (từ) _____ (đến) _____ <input type="checkbox"/> Lịch sử một năm <input type="checkbox"/> Khác: _____
Quý vị yêu cầu thông tin nào?	<input type="checkbox"/> “Gói Thông Tin Sức Khỏe”: (tài liệu của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, danh sách thuốc và thông tin chẩn đoán; Xét nghiệm, X-quang, EKG) <input type="checkbox"/> Phim chụp <input type="checkbox"/> Hồ sơ Xuất Hóa đơn <input type="checkbox"/> Khác (nêu rõ): _____
Định dạng nào?	<input type="checkbox"/> Giấy <input type="checkbox"/> Bản điện tử qua e-mail (xem dưới đây) <input type="checkbox"/> Bản điện tử trên đĩa CD <input type="checkbox"/> My PeaceHealth <input type="checkbox"/> Khác: _____
Quý vị muốn thông tin được gửi cho quý vị như thế nào?	Gửi thông tin được yêu cầu tới: <input type="checkbox"/> Bản thân: _____ <input type="checkbox"/> Người khác: _____ <input type="checkbox"/> Gửi email tới địa chỉ này: _____ <input type="checkbox"/> Được Mã Hóa <input type="checkbox"/> Không Được Mã Hóa (đánh dấu một lựa chọn) <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Khác: _____
Xác nhận	1. Tôi hiểu rằng <u>tôi có thể bị tính</u> một khoản phí hợp lý, dựa trên chi phí chi trả cho việc sao chụp, bao gồm vật dụng, công lao động, và phí bưu điện. 2. Nếu tôi chọn nhận thông tin y tế của mình qua e-mail không được mã hóa, tôi hiểu rằng có các nguy cơ bảo mật vốn có liên quan đến việc truyền e-mail qua Internet.

Chữ ký của bệnh nhân hoặc người được ủy quyền ký thay bệnh nhân Quan hệ Ngày Giờ

Nộp mẫu đã hoàn thành cho Bộ Phận Tiết Lộ Thông Tin của Ban Quản Lý Thông Tin Y Tế.

 Chỉ dành cho nhân viên: MRUN _____ Were records provided? Yes No Initial _____ Date _____

Patient Identification

SYS1001-VT (02/05/18)

 PeaceHealth
**Request for Copy of Protected Health Information-
 Vietnamese**
 Page 2 of 2


Release of Information Authorization