

Sa ilalim ng pederal na batas, karapatan ninyo na humiling ng pagbabago sa inyong impormasyong pangkalusugan. Nangangahulugan ito na kung makakita kayo sa inyong rekord na pangkalusugan ng sa palagay ninyo ay mali o hindi kumpletong impormasyon, maaari kayong humiling na magdagdag ng bagong impormasyon na magwawasto o kukumpleto sa inyong rekord.

Ano ang aasahan kung kayo ay hihiling ng pagbabago sa inyong impormasyong pangkalusugan:

- Hihilingan kayo na kumpletuhin at pirmahan ang nakalakup na form ng kahilingan. Magbigay ng tiyak at detalyadong impormasyon na kinakailangang iwasto. Ipadala ang inyong kahilingan sa:
PeaceHealth
Health Information Management, Dept #336
1115 SE 164th Ave
Vancouver WA 98683
FAX: 541-242-8046
- Susuriin ng aming kawani ang inyong mga rekord at maaaring makipag-ugnayan ang aming kawani sa inyong doktor at iba pang mga tao na kabilang sa inyong pangangalaga at pagpapagamot.
- Makakatanggap kayo ng tugon mula sa amin sa loob ng 10 araw sa Washington, at 60 araw sa Oregon o Alaska.

Kung maaprubahan ang inyong hiling, aming:

- Ipapaalam sa inyo sa pamamagitan ng sulat.
- Isasama ang pagbabago sa lahat ng mga susunod na pagbigay ng inyong impormasyong pangkalusugan sa mga awtorisadong indibidwal o mga organisasyon tulad ng mga provider ng pangangalaga sa kalusugan, mga pasilidad sa pangangalaga sa kalusugan at mga kompanya ng seguro.
- Ipapaalam sa mga indibidwal at/o mga organisasyon, sa inyong pahintulot, kung kanino ipinaalam ang mga nabagong impormasyon noong nakaraan. Aalamin din namin kung nais ninyong ipaalam ito sa iba.

Maaari naming tanggihan ang inyong kahilingan nang dahil sa mga sumusunod na mga dahilan:

- Wala kaming makitang nakakakumbinsing ebidensya na hindi wasto o kumpleto ang impormasyong medikal;
- Mayroong ibang pinagmulan ang impormasyon na inyong hinihiling na baguhin, tulad ng ibang provider ng pangangalaga sa kalusugan o pasilidad;
- Ang impormasyon na inyong hinihiling na baguhin ay hindi tinuturing na impormasyon na ginagamit sa pagpapasya ukol sa inyong pangangalaga, pagpapagamot o pagbabayad para sa inyong pangangalaga at pagpapagamot, o;
- Alinsunod sa batas, karaniwang hindi maaaring makuha para siyasatin ang impormasyon na inyong hinihiling na baguhin.

Kung tinanggihan ang inyong kahilingan:

- Ipapadala namin ang inyong kahilingan ng pagbabago, pati na rin ang aming pagtangga sa mga susunod na pagbigay ng inyong impormasyong pangkalusugan sa mga awtorisadong indibidwal o mga organisasyon tulad ng mga provider ng pangangalaga sa kalusugan, mga pasilidad sa pangangalaga sa kalusugan at mga kompanya ng seguro.
- Maaari kayong magpadala ng nakasulat na pahayag na nagsasaad ng inyong hindi pagsang-ayon sa pagtangga.
- Maaari kayong maghain ng reklamo sa PeaceHealth at humiling na muli naming suriin ang inyong hiling at ang aming pagtangga. Ipadala ang inyong reklamo sa Organization Integrity sa PeaceHealth, 1115 SE 164th Ave, Vancouver WA 98683 o tumawag sa 360-729-1730.
- Maaari kayong maghain ng reklamo sa Federal Office for Civil Rights sa 800-368-1019 o <https://www.hhs.gov/ocr/privacy/psa/complaint/index.html>

This page goes to the patient – Do not scan into record

Pangalan ng Pasyente _____
 Petsa ng Kapanganakan _____
 Tirahan _____
 Lungsod, Estado, Zip _____
 Numero ng Telepono _____
 Rekord na Medikal # _____

REQUEST FOR AMENDMENT OF PROTECTED HEALTH INFORMATION - Tagalog



Pt Amendment

For PeaceHealth Office Use Only:

Date Received: _____
 Received by: _____
 Date Completed: _____
 Extension Needed: Yes No

DESKRIPSIYON NG IMPORMASYONG PANGKALUSUGAN NA INYONG HINIHING NA BAGUHIN.

Dapat tukuyin ang petsa ng pagpapagamot at ang bahagi na babaguhin sa lahat ng mga kahilingan sa pagbabago. Kung maaari, pakilakip sa kahilingan na ito ang mga kopya ng mga partikular na impormasyon na babaguhin.

| Petsa ng Pagbisita/Serbisyo | Uri ng Dokumento(Progress note, ED Provider note, H&P, Discharge Summary, at iba pa.) | Pangalan ng Provider |
|-----------------------------|---|----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Ano ang inyong dahilan para sa kahilingan ng pagbabago na ito: _____

Ang mga sumusunod na impormasyon ay hindi wasto o hindi kumpleto: _____

Mangyaring ipaliwanag kung papaanong hindi wasto o hindi kumpleto ang tala. Ano ang dapat nakasulat sa tala upang mas lalong maging wasto o kumpleto: _____

Naiintindihan ko na maaaring punan o hindi ng PeaceHealth ang rekord na medikal batay sa aking kahilingan at hindi maaaring baguhin ang orihinal na dokumentasyon ng rekord na medikal kahit anuman ang mangyari. Magiging parte ng aking permanenteng rekord na medikal ang kahilingan na ito sa pagbabago at ipapadala ito bilang tugon sa anumang awtorisadong kahilingan ng aking dokumentasyong medikal.

Pirma ng Pasyente/Taong Awtorisado na Pumirma para sa Pasyente Relasyon Petsa/Oras
(Kung pinirmahan ng personal na kinatawan, kinakailangan na magbigay ng katibayan ng awtoridad)

-----**FOR PEACEHEALTH USE ONLY**-----

- Amendment Accepted/Approved
- Partially Accepted/Denied
- Addendum Created
- Amendment Denied (check reason for denial)
 - PHI is accurate and complete
 - PHI not created by this organization
 - PHI is not available to the patient for inspection

OR

Provider Comments: _____

Provider Signature **Title** **EHR User ID** **Date** **Time**
