

Theo luật pháp liên bang, quý vị có quyền yêu cầu chỉnh sửa thông tin y tế của mình. Điều này có nghĩa là nếu quý vị thấy trong hồ sơ y tế của quý vị có thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ, quý vị có thể yêu cầu bổ sung thông tin mới để chỉnh sửa hoặc hoàn tất hồ sơ.

**Những điều sẽ xảy ra nếu quý vị yêu cầu chỉnh sửa thông tin y tế của mình:**

- Quý vị sẽ được yêu cầu hoàn thành và ký tên vào biểu mẫu yêu cầu đính kèm, trong đó cung cấp thông tin chi tiết, cụ thể cần chỉnh sửa. Nội dung yêu cầu của quý vị cho:  
PeaceHealth  
Health Information Management, Dept #336  
1115 SE 164<sup>th</sup> Ave  
Vancouver WA 98683  
FAX: 541-242-8046
- Nhân viên của chúng tôi sẽ kiểm tra hồ sơ của quý vị và có thể tham vấn ý kiến bác sĩ của quý vị và những người có liên quan đến quá trình chăm sóc và điều trị cho quý vị.
- Quý vị sẽ nhận được phản hồi từ chúng tôi trong vòng 10 ngày tại Washington và 60 ngày tại Oregon hoặc Alaska.

**Nếu yêu cầu của quý vị được chấp thuận, chúng tôi sẽ:**

- Thông báo cho quý vị bằng văn bản.
- Bao gồm thông tin chỉnh sửa trong tất cả các bản tiết lộ thông tin y tế của quý vị trong tương lai với các cá nhân và tổ chức được ủy quyền như các chuyên viên cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, các cơ sở chăm sóc sức khỏe và các công ty bảo hiểm.
- Với sự cho phép của quý vị, thông báo cho các cá nhân và/hoặc tổ chức, những người mà chúng tôi đã tiết lộ thông tin cần được chỉnh sửa trong quá khứ. Chúng tôi cũng sẽ hỏi liệu quý vị có muốn chúng tôi thông báo cho người nào khác nữa không.

**Chúng tôi có thể từ chối yêu cầu của quý vị vì một trong các lý do sau;**

- Chúng tôi không tìm thấy bằng chứng thuyết phục rằng thông tin y tế đó không chính xác hoặc không đầy đủ;
- Thông tin quý vị đang yêu cầu chỉnh sửa đến từ một nguồn khác như từ một chuyên viên cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc cơ sở khác;
- Thông tin quý vị đang yêu cầu chỉnh sửa không được coi là thông tin được sử dụng để đưa ra quyết định về việc chăm sóc, điều trị hoặc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc và điều trị của quý vị, hoặc;
- Theo luật pháp, thông tin quý vị đang yêu cầu chỉnh sửa thông thường không có sẵn để quý vị kiểm tra.

**Nếu yêu cầu của quý vị bị từ chối:**

- Chúng tôi sẽ gửi yêu cầu chỉnh sửa và thông báo từ chối của chúng tôi trong bất kỳ bản tiết lộ thông tin y tế nào của quý vị trong tương lai tới các cá nhân và tổ chức được ủy quyền như các chuyên viên cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, các cơ sở chăm sóc sức khỏe và các công ty bảo hiểm.
- Quý vị có thể nộp văn bản tuyên bố không đồng ý với quyết định từ chối cho chúng tôi.
- Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với PeaceHealth và yêu cầu chúng tôi xem xét yêu cầu của quý vị và quyết định từ chối của chúng tôi một lần nữa. Hãy gửi đơn khiếu nại đến Organization Integrity (Phòng Quản Lý Chính Trục của Tổ Chức) tại PeaceHealth, 1115 SE 164<sup>th</sup> Ave, Vancouver WA 98683 hoặc gọi 360-729-1730.
- Quý vị có thể khiếu nại với Federal Office for Civil Rights (Văn Phòng Phụ Trách Dân Quyền của Liên Bang) theo số 800-368-1019 hoặc <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/psa/complaint/index.html>

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

**REQUEST FOR AMENDMENT OF  
PROTECTED HEALTH INFORMATION  
- Vietnamese**

Tên bệnh nhân \_\_\_\_\_  
Ngày sinh \_\_\_\_\_  
Địa chỉ \_\_\_\_\_  
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip \_\_\_\_\_  
Số điện thoại \_\_\_\_\_  
Số hồ sơ y tế \_\_\_\_\_



Pt Amendment

**For PeaceHealth Office Use Only:**

Date Received: \_\_\_\_\_

Received by: \_\_\_\_\_

Date Completed: \_\_\_\_\_

Extension Needed:  Yes  No

**MÔ TẢ THÔNG TIN Y TẾ MÀ QUÝ VỊ ĐANG YÊU CẦU CHỈNH SỬA.**

Tất cả các yêu cầu chỉnh sửa phải nêu rõ ngày điều trị cụ thể và phần cần sửa đổi. Nếu có thể, vui lòng đính kèm các bản sao về thông tin cụ thể cần chỉnh sửa với biểu mẫu yêu cầu này.

<b>Ngày thăm khám/nhận dịch vụ</b>	<b>Loại tài liệu (Ghi chú tiền triệu, ghi chú của chuyên viên cung cấp dịch vụ ED, H&amp;P, Tóm tắt xuất viện, v.v...)</b>	<b>Tên chuyên viên cung cấp dịch vụ</b>

Lý do quý vị yêu cầu chỉnh sửa thông tin là: \_\_\_\_\_

Thông tin sau có vẻ không chính xác hoặc không đầy đủ: \_\_\_\_\_

Vui lòng giải thích thông tin được nhập vào không chính xác hoặc không đầy đủ như thế nào. Nên ghi thông tin được nhập vào như thế nào để chính xác hoặc đầy đủ hơn: \_\_\_\_\_

Tôi hiểu rằng PeaceHealth có thể hoặc không thể bổ sung phụ lục vào hồ sơ y tế dựa trên yêu cầu của tôi và trong mọi trường hợp đều không thể thay đổi tài liệu hồ sơ y tế gốc. Yêu cầu sửa đổi này sẽ là một phần trong hồ sơ y tế vĩnh viễn của tôi và sẽ được gửi đến các yêu cầu được ủy quyền về tài liệu y tế của tôi.

Chữ ký của bệnh nhân/Người được ủy quyền ký thay bệnh nhân      Mối quan hệ      Ngày/Giờ  
*(nếu do đại diện cá nhân ký, phải cung cấp bằng chứng ủy quyền)*

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

- |  |    |   |
|--|----|---|
| <input type="checkbox"/> Amendment Accepted/Approved | OR | <input type="checkbox"/> Amendment Denied (check reason for denial)         |
| <input type="checkbox"/> Partially Accepted/Denied   |    | <input type="checkbox"/> PHI is accurate and complete                       |
|  |    | <input type="checkbox"/> PHI not created by this organization               |
| <input type="checkbox"/> Addendum Created            |    | <input type="checkbox"/> PHI is not available to the patient for inspection |

Provider Comments: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>Provider Signature</b>	<b>Title</b>	<b>EHR User ID</b>	<b>Date</b>	<b>Time</b>
---------------------------	--------------	--------------------	-------------	-------------

-----