

Запрос на доступ к медицинской информации

Примечание. Чтобы разрешить раскрытие вашей медицинской информации другому лицу или учреждению, вы должны заполнить форму «Разрешение на раскрытие медицинской информации» или написать соответствующее письмо.

Фамилия:	Имя:	Среднее имя /отчество:	
Другие используемые имена:		Дата рождения:	
Телефон:	Факс:		
Адрес:	Город:	Штат:	Индекс

Я хочу:

- Ознакомиться со своей медицинской информацией Получить копию моей медицинской документации

Я прошу, чтобы мои медицинские выписки были отправлены таким образом:

- Почтой (адрес указан выше) Факсом (номер факса указан выше) Позвоните мне, когда можно будет забрать лично (номер телефона указан выше)

Прочее: _____

Я прошу предоставить мне такие записи:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Выписки о вакцинации | <input type="checkbox"/> Выписки о ходе лечения | <input type="checkbox"/> Выписки из истории болезни |
| <input type="checkbox"/> План по уходу | <input type="checkbox"/> Описание случая / отметки о течении болезни | <input type="checkbox"/> Рецепты |
| <input type="checkbox"/> Результаты обследования на туберкулез / выписки относительно лечения туберкулеза | <input type="checkbox"/> Выписки о венерических заболеваниях | <input type="checkbox"/> Полная история болезни |

Прочее: _____

В указанные даты получения услуг: с _____ по _____

Подпись клиента (родителя или законного представителя, если применимо)

Дата

Имя и фамилия печатными буквами

Кем приходится клиенту / какими полномочиями обладает

*Если вы являетесь законным опекуном или имеете медицинскую доверенность, приложите соответствующие документы.

В соответствии с разделом VI Закона о гражданских правах 1964 года (Title VI of the Civil Rights Act of 1964) и Законом об американцах с ограниченными возможностями (Americans with Disabilities Act). Региональный медицинский округ Спокан не допускает каких-либо видов дискриминации. Подать жалобу, а также запросить дополнительную информацию, необходимую помощь или услуги перевода можно по номеру 509.324.1501 или на сайте srhd.org.

Internal Use Only:					
Date received:		Received by:			
Date forwarded:		Request forwarded to:		Division:	
<input type="checkbox"/> Inspection of Health Information			<input type="checkbox"/> Copy of Health Information		
Inspection scheduled on:		Copies provided by:			
Inspection completed on:		Copies provided on:			