

Запит на доступ до медичної інформації

Примітка. Щоб дозволити розкриття вашої медичної інформації іншій особі або установі, ви маєте заповнити форму «Дозвіл на розкриття медичної інформації» або написати відповідний лист.

Прізвище:	Ім'я:	Середнє ім'я / по батькові:	
Інші застосовні імена:		Дата народження:	
Телефон:	Факс:		
Адреса:	Місто:	Штат:	Індекс:

Я хочу:

- Ознайомитися зі своєю медичною інформацією Отримати копію моєї медичної інформації

Я прошу, щоб мої медичні виписки були надіслані таким чином:

- Поштою (адресу зазначено вище) Факсом (номер факсу зазначено вище) Зателефонуйте мені, коли можна буде забрати особисто (номер телефону вказано вище)

Інше: _____

Я прошу надати мені такі записи:

- Виписки про вакцинацію Виписки про перебіг лікування Виписки з історії хвороби
 План із догляду Опис випадку / відмітки про перебіг хвороби Рецепти
 Результати обстеження на туберкульоз / виписки щодо лікування туберкульозу Виписки про венеричні захворювання Повна історія хвороби

Інше: _____

У зазначені дати отримання послуг: з _____ по _____

Підпис клієнта (одного з батьків або законного представника, якщо застосовується)

Дата

Ім'я й прізвище друкowanими літерами

Ким доводиться клієнту / які має повноваження

*Якщо ви є законним опікуном або маєте медичне доручення, додайте відповідні документи.

Згідно з розділом VI Закону про громадянські права 1964 року та Законом про американців з обмеженими можливостями Регіональний медичний округ Спокан не дозволяє будь-які види дискримінації. Подати скаргу, а також запросити додаткову інформацію, необхідну допомогу або послуги перекладу можна за номером 509-324-1501 або на сайті 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:			