

Giấy Yêu Cầu Cung Cấp Thông Tin Y Tế của Bệnh Nhân

Thông Tin của Bệnh Nhân (Viết Chữ In)

Tên:	Tên lót:	Họ:	
Tên vào thời điểm điều trị (nếu khác tên trên):			
Ngày Sinh (Tháng[2]/Ngày[2]/Năm[4]):	Điện thoại nhà:	Điện thoại di động (không bắt buộc):	
Địa chỉ đường:	Thành Phố:	Bang:	Mã zip:

Quý vị cần hồ sơ nào? (Chọn các ô phù hợp dưới đây):

(Các) Ngày Thực Hiện Dịch Vụ: _ / _ / đến _ / _ /

- Thông tin liên quan (kể cả các nội dung ghi chép của bác sĩ và kết quả chẩn đoán)
 Tóm tắt về việc xuất viện
 Toàn bộ hồ sơ y tế (trừ nội dung ghi chép về tâm lý trị liệu)
 Báo cáo của phòng cấp cứu
 Khác (chích ngừa, tóm tắt sau thăm khám, nội dung ghi chép về tâm lý trị liệu)
 Báo cáo về phẫu thuật

Xin ghi rõ:

Quý vị muốn gửi hồ sơ cho quý vị bằng cách nào?

- Giấy
 Thư
 Đích thân đến nhận
 Điện tử
 đĩa CD
 Cổng (<https://www.integrisandme.com>)

Quý vị muốn gửi thông tin đó đến đâu? (Điền vào các ô dưới đây):

Xin INTEGRIS Health gửi hồ sơ của tôi cho: Tôi Người/Tổ chức nêu dưới đây

Tên người nhận:	Điện thoại người nhận:
Địa chỉ gửi thư cho người nhận:	Số fax của người nhận (chỉ dành cho việc chăm sóc bệnh nhân):

Xin viết tên quý vị bằng chữ in và ký tên dưới đây:

Tên Bệnh Nhân hoặc Đại Diện Cá Nhân (xin viết in)	Mối quan hệ (viết chữ)
Chữ ký của Bệnh Nhân hoặc Đại Diện Cá Nhân	Ngày/Giờ

Xin gửi mẫu đã điền xong về:

INTEGRIS HIM Department 3366 NW Expressway, Bld D Ste. C20 Oklahoma City, OK 73112	Fax: (405) 949-3622 Thắc Mắc? (877) 778-7211
--	---

Quý vị có thể sẽ phải trả phí giải quyết yêu cầu và phí sao chép hồ sơ xin cung cấp theo 45 CFR 164.524(c)(4)
 Thông tin y tế của tôi có thể cho biết tôi bị bệnh truyền nhiễm và/hoặc không truyền nhiễm là những bệnh có thể bao gồm, nhưng không chỉ là các bệnh như viêm gan, giang mai, lậu hoặc HIV hoặc AIDS và/hoặc có thể cho biết tôi đã hoặc đang được điều trị cho các bệnh tâm lý hoặc tâm thần hoặc lạm dụng chất.

