

**YÊU CẦU CỦA BỆNH NHÂN VỀ GIẢI TRÌNH SỰ TIẾT LỘ
THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ**

GHI CHÚ: Quy Tắc Về Quyền Riêng Tư cho phép quý vị yêu cầu các hạn chế về việc giải trình sự tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị (Protected Health Information, "PHI"). Sự giải trình sẽ bao gồm việc công bố thông tin không nhằm mục đích chữa trị, thanh toán, và các hoạt động chăm sóc sức khỏe hoặc các công bố mà quý vị cho phép. Quý vị có thể yêu cầu sự giải trình đến sáu (6) năm trước ngày quý vị gửi đơn yêu cầu – ba (3) năm nếu PHI của quý vị có định dạng điện tử.

Tên Bệnh Nhân: _____ Ngày Sinh: _____

Địa chỉ:

_____ Đường _____ Thành phố _____ Tiểu Bang _____ Mã bưu điện _____

Điện thoại: _____

Tôi muốn được giải trình về (những) tiết lộ PHI của tôi như sau:

Khoảng thời gian _____

Cơ sở _____

Chữ Ký Bệnh Nhân hoặc Người Giám Hộ Hợp Pháp

Ngày

Biểu mẫu đã hoàn thành có thể được gửi đến phòng Quản Lý Thông Tin của INTEGRIS Health qua số fax 405-552-8773, gửi bằng thư đến 3433 NW 56th Street, Bld. B Ste. C50 Oklahoma City, OK 73112, hoặc gửi bằng email đến Healthinfomanagement@integrishhealth.org. Nếu có thắc mắc, vui lòng gọi đến số 877-778-7211.

Patient Label

Patient Name:
MRN:
DOB:

INT-2127V Release of Information Forms



Rev 12/09. 1/23