

Yêu cầu của Bệnh nhân về Thông tin Sức khỏe

Thông tin Bệnh nhân (Vui lòng Viết in hoa)

Tên:	Tên đệm Viết tắt:	Họ:	
Tên tại Thời điểm Điều trị (nếu khác tên ở trên):			
Ngày sinh (MM/DD/YYYY):	Số điện thoại Nhà riêng:	Điện Thoại Di động (tùy chọn):	
Địa chỉ Phố:	Thành phố:	Tiểu bang:	Mã bưu điện:

Bạn muốn những hồ sơ nào? (Đánh dấu vào các ô thích hợp bên dưới):

(Các) Ngày nhận Dịch vụ: ____ / ____ / ____ đến ____ / ____ / ____ Địa điểm (Cơ sở/Tên Phòng khám): _____

- Thông tin Liên quan (Bao gồm Ghi chú của Bác sĩ và Kết quả Chẩn đoán)
 Tóm tắt Xuất viện
 Toàn bộ Hồ sơ Y tế (Không bao gồm Ghi chú về Trị liệu Tâm lý)
 Báo cáo Phòng Cấp cứu
 Khác (Ghi rõ Bên dưới)
 Báo cáo Phẫu thuật
 Ghi rõ: _____

INTEGRIS Health nên cung cấp hồ sơ của tôi cho: Bản thân Cá nhân/Tổ chức được Chỉ định Bên dưới

Tên Người nhận:	Số điện thoại Người nhận:
Địa chỉ Nhận thư của Người nhận:	Số Fax Người nhận (Chỉ dành cho Chăm sóc Bệnh nhân):

Bạn muốn hồ sơ của mình ở định dạng nào? (Đánh dấu tất cả những ô áp dụng)

- Giấy
 Đĩa CD
 Đĩa X quang (đối với hình ảnh)
 Cổng thông tin (phải chọn cổng thông tin làm phương thức giao nhận)

Bạn muốn hồ sơ của mình được giao như thế nào?

- Qua thư
 Fax
 Cổng thông tin (<https://www.integrisandme.com>)
 Đến nhận Trực tiếp:

E-Mail (tùy thuộc vào giới hạn kích thước tệp) _____ Địa điểm Nhận: _____

Vui lòng viết in hoa tên bạn và ký phía dưới:

Tên Bệnh nhân hoặc Người Đại diện (vui lòng viết hoa)	Mối quan hệ (vui lòng viết hoa)
Chữ ký của Bệnh nhân hoặc Người Đại diện	Ngày/Giờ

Vui lòng gửi lại mẫu đơn đã hoàn thành cho:

INTEGRIS HIM Department 3433 NW 56th Street, Bld. B Ste. C50 Oklahoma City, OK 73112	Fax: (405) 552-8704
	Email: HealthInfoManagement@integrishhealth.org
	Bạn có thắc mắc? (877) 778-7211

Có thể có các khoản phí liên quan đến việc xử lý yêu cầu và xuất trình hồ sơ được yêu cầu theo mục 45 CFR164.524(c)(4)

Thông tin y tế của tôi có thể chỉ ra rằng tôi mắc bệnh truyền nhiễm và/hoặc không truyền nhiễm, bệnh này có thể bao gồm nhưng không giới hạn ở các bệnh như viêm gan, giang mai, lậu, hoặc HIV hoặc AIDS và/hoặc có thể chỉ ra rằng tôi đã hoặc đang được điều trị cho các tình trạng tâm lý hoặc tâm thần hoặc lạm dụng chất kích thích.

NS-0323 HIM ROI Authorization



Rev 08/20, 03/22