

Quý vị có quyền yêu cầu sửa đổi thông tin sức khỏe của mình theo luật liên bang. Điều này có nghĩa là nếu quý vị cho rằng nội dung nào đó trong hồ sơ y tế của mình không chính xác hoặc không đầy đủ, quý vị có thể yêu cầu bổ sung thông tin mới để chỉnh sửa hoặc hoàn tất hồ sơ.

**Những việc quý vị cần làm khi yêu cầu sửa đổi thông tin sức khỏe của mình:**

- Quý vị sẽ được yêu cầu hoàn thành và ký tên vào mẫu yêu cầu đính kèm, cung cấp thông tin chi tiết và cụ thể cần được chỉnh sửa. Nộp yêu cầu của quý vị cho:  
PeaceHealth  
Health Information Management, Dept #336  
1115 SE 164<sup>th</sup> Ave  
Vancouver WA 98683-9324  
FAX: 541-242-8046
- Nhân viên của chúng tôi sẽ kiểm tra hồ sơ của quý vị và có thể tham khảo ý kiến bác sĩ của quý vị hoặc những người khác tham gia vào việc chăm sóc và điều trị cho quý vị.
- Quý vị sẽ nhận được phản hồi từ chúng tôi trong vòng 10 ngày tại Washington và 60 ngày tại Oregon hoặc Alaska.

**Nếu yêu cầu của quý vị được phê duyệt chúng tôi sẽ:**

- Thông báo cho quý vị bằng văn bản.
- Cập nhật nội dung sửa đổi vào tất cả các lần tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị trong tương lai cho các cá nhân và tổ chức được ủy quyền, chẳng hạn như nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, cơ sở chăm sóc sức khỏe và công ty bảo hiểm.
- Thông báo cho các cá nhân và/hoặc tổ chức mà trước đây chúng tôi đã tiết lộ thông tin được sửa đổi. Chúng tôi cũng sẽ hỏi quý vị xem quý vị có muốn chúng tôi thông báo cho ai khác nữa không.

**Chúng tôi có thể từ chối yêu cầu của quý vị vì bất kỳ lý do nào trong những lý do sau:**

- Chúng tôi nhận thấy tài liệu đã chính xác và đầy đủ.
- Thông tin mà quý vị yêu cầu sửa đổi không phải do PeaceHealth tạo ra và PeaceHealth không thể sửa đổi.
- Thông tin mà quý vị yêu cầu sửa đổi không được coi là một phần của “bộ hồ sơ được chỉ định” (thông tin được sử dụng để đưa ra các quyết định về dịch vụ chăm sóc, điều trị, hoặc trả cho dịch vụ chăm sóc và điều trị của quý vị).
- Thông tin mà quý vị yêu cầu sửa đổi thường không được cung cấp để quý vị kiểm tra theo luật.

**Nếu yêu cầu của quý vị bị từ chối:**

- Chúng tôi sẽ gửi yêu cầu sửa đổi và quyết định từ chối của chúng tôi trong bất kỳ lần tiết lộ thông tin sức khỏe nào của quý vị trong tương lai cho các cá nhân và tổ chức được ủy quyền, chẳng hạn như nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, cơ sở chăm sóc sức khỏe và công ty bảo hiểm.
- Quý vị có thể gửi cho chúng tôi văn bản tuyên bố không đồng ý với quyết định từ chối này.
- Quý vị có thể nộp đơn than phiền lên PeaceHealth. Gửi đơn than phiền đến Organization Integrity at PeaceHealth, 1115 SE 164<sup>th</sup> Ave, Vancouver WA 98683-9324 hoặc gọi số 877-261-8031.
- Quý vị có thể nộp đơn than phiền lên Văn Phòng Dân Quyền Liên Bang (Federal Office for Civil Rights) theo số 800-368-1019 hoặc trang web <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

Trang này sẽ được gửi đến bệnh nhân - Không chụp quét để lưu hồ sơ

Tên Bệnh Nhân \_\_\_\_\_  
 Ngày Sinh \_\_\_\_\_  
 Địa Chỉ \_\_\_\_\_  
 Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Zip \_\_\_\_\_  
 Số Điện Thoại \_\_\_\_\_  
 Số Hồ Sơ Y Tế \_\_\_\_\_

**For PeaceHealth Office Use Only:**  
**Chỉ Dành Cho Văn Phòng PeaceHealth:**

Date Received: \_\_\_\_\_  
 Received by: \_\_\_\_\_  
 Date Completed: \_\_\_\_\_  
 Extension Needed: ☐ Yes ☐ No

**MÔ TẢ THÔNG TIN SỨC KHỎE MÀ QUÝ VỊ YÊU CẦU SỬA ĐỔI.**

Tất cả yêu cầu sửa đổi phải ghi rõ ngày điều trị và thông tin cụ thể cần được thay đổi. Nếu có thể, vui lòng đính kèm các bản thông tin cụ thể cần sửa đổi cùng yêu cầu này.

| Ngày Thăm Khám/Nhận Dịch Vụ | Loại Tài Liệu (Ghi chú về quá trình tiến triển bệnh, ghi chú của Nhà Cung Cấp tại Phòng Cấp Cứu [Emergency Department, ED], Phiếu Tiền Sử Bệnh & Thăm Khám Cơ Bản [History and Physical, H&P], Bản Tóm Tắt Thông Tin Xuất Viện, v.v.) | Tên Nhà Cung Cấp |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|                             |                                                                                                                                                                                                                                       |                  |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                       |                  |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                       |                  |

Lý do khiến quý vị gửi yêu cầu sửa đổi này là: \_\_\_\_\_  
 Thông tin sau có vẻ không chính xác hoặc không đầy đủ: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Vui lòng giải thích lý do tại sao thông tin này không chính xác hoặc không đầy đủ. Thông tin phải như thế nào mới được coi là chính xác hoặc đầy đủ hơn: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Tôi hiểu rằng PeaceHealth có thể hoặc không thể bổ sung hồ sơ y tế bằng phụ lục dựa trên yêu cầu của tôi và trong mọi trường hợp, tài liệu gốc của hồ sơ y tế sẽ không bị thay đổi hoặc xóa. Yêu cầu sửa đổi này sẽ trở thành một phần trong hồ sơ y tế vĩnh viễn của tôi và sẽ được gửi để phản hồi mọi yêu cầu được ủy quyền về tài liệu y tế của tôi.

Chữ Ký của Bệnh Nhân/Người Được Ủy Quyền Ký Thay Bệnh Nhân Mỗi quan hệ Ngày/Giờ  
*(Nếu là người đại diện cá nhân ký tên, phải cung cấp bằng chứng về việc ủy quyền)*



YÊU CẦU SỬA ĐỔI  
THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

-----  
**FOR PEACEHEALTH USE ONLY**  
**CHỈ DÀNH CHO PEACEHEALTH SỬ DỤNG**

☐ Amendment Accepted/Approved  
☐ Partially Accepted/Denied

OR

☐ Amendment Denied (check reason for denial)  
☐ PHI is accurate and complete  
☐ PHI not created by this organization  
☐ PHI is not available to the patient for inspection

☐ Addendum Created

Provider Comments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

| Provider Signature | Title | EHR User ID | Date | Time |
|--------------------|-------|-------------|------|------|
|--------------------|-------|-------------|------|------|