

طلب نسخة من المعلومات الصحية المحمية

يكفل لك القانون الفيدرالي حقك في طلب نسخة من معلوماتك الصحية.

كيفية طلب نسخة من معلوماتك الصحية:

1. إكمال نموذج طلب نسخة من المعلومات الصحية المحمية.

لتقاضي التأخيرات المحتملة في معالجة طلبك، يُرجى إكمال النموذج بعناية، بما يتضمن:

- عنوانك الكامل ورقم هاتفك في حال إذا احتجنا إلى الاتصال بك بخصوص طلبك.
- التاريخ الذي تحتاج فيه إلى السجلات في قسم "التاريخ المطلوب توفير السجلات فيه". للطلبات العاجلة، يُرجى الاتصال على 360-729-1300 أو 1-844-962-2090.
- إذا كنتولي أمر أو وصيًّا أو ممثلاً شخصيًّا، فيُرجى تضمين علاقتك بالمريض في قسم "العلاقة/صلة القرابة بالمريض" وتقديم المستندات اللازمة.

○ يُرجى تحديد المكان الذي ترغب في تسليم السجلات فيه وكيفية تسليمها بوضوح تام.

2. إعادة إرسال النموذج مرة أخرى باستخدام إحدى الطرق التالية:

البريد الإلكتروني: ReleaseofInfo@peacehealth.org

الفاكس: 360-527-9383 (إذا كنت تقوم بإكمال هذا الطلب في إحدى منشآت PeaceHealth، فيمكنك أن تطلب من أحد مقدمي الرعاية إرسال النموذج عبر الفاكس نيابةً عنك).

البريد العادي: PeaceHealth, Health Information Management (HIM) Department, ROI Services
1115 SE 164th Avenue, Dept.336
Vancouver, WA 98683

ما الذي تتوقعه بعد تقديم نموذج الطلب:

- سنتم معالجة طلبك في غضون 15 يوم عمل بالنسبة لولاية واشنطن و30 يومًا بالنسبة لولاية أوريغون وألاسكا.
- سيتم إرسال فاتورة إليك عبر البريد العادي (في حالة وجود رسوم).
- بعد استلام مبلغ الرسوم، سيتم تسليم السجلات في غضون 5 إلى 7 أيام عمل، حسب نوع السجلات وتاريخ الخدمة المطلوبة.
- إذا لم تتمكن من معالجة طلبك في غضون 15 يوم عمل بالنسبة لولاية واشنطن و30 يومًا بالنسبة لولاية أوريغون وألاسكا، فسوف نتصل بك لإبلاغك بسبب التأخير والتاريخ المتوقع للمعالجة.

استلام سجلاتك:

- يمكنك أن تختار استلام معلوماتك الصحية بصورة ورقية أو إلكترونية على قرص مضغوط أو عبر البريد الإلكتروني المشفر.
- تستخدم PeaceHealth نظام تشفير البريد الإلكتروني لحماية رسائل البريد الإلكتروني السرية. إذا اخترت الحصول على معلوماتك الصحية عبر البريد الإلكتروني المشفر، فستتلقى إشعاراً عبر البريد الإلكتروني يتضمن رابطاً للوصول إلى الرسالة الكاملة عبر خادم البريد الإلكتروني الآمن الخاص بنا. وسيتم توفير توجيهات لك في رسالة البريد الإلكتروني من أجل إنشاء حساب مستخدم لاستلام معلوماتك.
- يُرجى ملاحظة أن البريد الإلكتروني غير المشفر المرسل عبر الإنترنت يكون معرضاً لخطر اعتراضه بواسطة أشخاص غير مصرح لهم.
- بعد 15 يوم عمل بالنسبة لولاية واشنطن و30 يومًا بالنسبة لولاية أوريغون وألاسكا، إذا لم تتسلم سجلاتك أو لم يتم الاتصال بك، فيرجى التحقق من مجلد البريد الإلكتروني العشوائي/البريد الإلكتروني غير المأهوم، قبل التواصل مع إدارة المعلومات الصحية (HIM).

(This page goes to patient-Do not scan into record)

طلب نسخة من المعلومات الصحية المحمية

ملاحظة: يتم إرسال معظم الطلبات خلال 15 يوم عمل. لتجنب التأخير، يُرجى الكتابة بأحرف واضحة والتوفيق عليه. (*) = حقول مطلوبة

*معلومات حول المريض الذي يطلب الحصول على سجلاته:

*اسم المريض: اسم العائلة _____
 الأحرف الأولى من الاسم الأوسط _____
 عنوان الشارع _____
 *المدينة، الولاية، الرمز البريدي _____
 *تاريخ الميلاد _____
 *التاريخ المطلوب توفير السجلات فيه: _____

*ما السجلات المطلوبة لدى المنشأة؟ (حدد كل ما ينطبق)

المكان	المستشفى	العنوان
لونج فيو (Longview)	مستشفى St John	عيادة
بيلينجهام (Bellingham)	St Joseph	عيادة
فرايداي هاربور (Friday Harbor)	Peace Island	عيادة
سيدرو وولي (Sedro-Woolley)	United General	عيادة
كيتشikan (Ketchikan)	Ketchikan	عيادة

المكان	المستشفى	العنوان
سبرنجفيلد (Springfield)	Riverbend	عيادة
يوجين (Eugene)	University District	عيادة
كونتيج جروف (Cottage Grove)	Cottage Grove	عيادة
فلورنسا (Florence)	Peace Harbor	عيادة
فانكوفر (Vancouver)	Southwest	عيادة

موقع آخر: _____

*طريقة إرسال السجلات:

عبر البريد العادي إلى عنوان المستلم
 عبر الفاكس إلى الرقم:
 عبر البريد الإلكتروني إلى:
 طريقة تسلیم أخرى (يرجى وصفها): _____

*يرجى إرسال السجلات إلى (المستلم):

يُرجى إرسالها إلى عنوان المريض أعلاه أو
 اسم المنشأة: _____
 عنوان الشارع: _____
 المدينة/الولاية/الرمز البريدي: _____

*نطاق تواريخ الزيارات المطلوب (يرجى تحديد خيار واحد):

- لفترة محددة: (من) _____ (إلى) _____
 السجل على مدار عام واحد غير ذلك: _____

*المعلومات المطلوبة:

- مستندات مقدم الرعاية، وقائمة الأدوية، والمعلومات التشخيصية: المختبر، الأشعة السينية، رسم القلب (هذه هي العناصر الأكثر طلباً)
 سجلات الفواتير غير ذلك (يرجى التحديد): _____
 أفلام التصوير
 أكمل السجلات الطبية، وهذا يشمل أي وجميع السجلات بما في ذلك سجلات الفواتير الخاصة بالتاريخ المحددة أعلاه.

إقرارات:

- أقر هنا أنني أستوعب بأنه قد تفرض على رسوم معقولة يتم حسابها وفقاً للتكلفة التي تغطي تكلفة النسخ، بما يتضمن الإمدادات والعملة والطوابع البريدية.
- أدرك أن المعلومات الواردة في سجل الطبي قد تتضمن معلومات تتعلق بالعلاج من تعاطي المخدرات أو الكحول، وأ/أو الصحة العقلية، وأ/أو المعلومات الوراثية، وأ/أو الأمراض المنقولة جنسياً، وأ/أو متلازمة نقص المناعة المكتسبة (AIDS) وأ/أو حالات حمل فيروس إيدز بدون الإصابة به (ARC) وأ/أو فيروس نقص المناعة البشرية (HIV).
- أدرك التزامي بتقديم المستندات القانونية إذا كنت الوصي أووكيل القانوني في المسائل الطبية.



*مقدم الطلب: (كتب اسمك بأحرف واضحة هنا) *التاريخ:

العلاقة/صلة القرابة بالمريض: المريض (نفسه) ولد/أم/وصي قانوني *توكيل عام دائم (DPOA) غير ذلك:
*يرجى إرفاق إثبات الوصاية/التوكيل العام الدائم (التوكيل في المسائل الطبية) مع هذا الطلب.

خيارات لإعادة إرسال هذا النموذج بعد إكماله: الفاكس: 360-527-9383 البريد الإلكتروني: releaseofinfo@peacehealth.org
عبر البريد العادي إلى: 98683 PeaceHealth, ATTN: HIM ROI; 1115 164th Ave, Dept 336, Vancouver, WA
هل لديك أسئلة؟ اتصل على 1-844-962-2090