

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.

Patient Name:	<i>Patient Label</i>
MRN:	
DOB:	

