

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): _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Thông tin Liên quan (Bao gồm Ghi chú của Bác sĩ và Kết quả Chẩn đoán) | <input type="checkbox"/> Tóm tắt Xuất viện |
| <input type="checkbox"/> Toàn bộ Hồ sơ Y tế (Không bao gồm Ghi chú về Trị liệu Tâm lý) | <input type="checkbox"/> Báo cáo Phòng Cấp cứu |
| <input type="checkbox"/> Khác (Ghi rõ Bên dưới) | <input type="checkbox"/> 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?

- 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? (chọn ưu tiên thứ nhất và thứ hai)

Ưu tiên hàng đầu	Ưu tiên thứ hai
<input type="checkbox"/> Qua thư <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Cổng thông tin (https://www.integrisandme.com) <input type="checkbox"/> Đến nhận Trực tiếp: Địa điểm Nhận: _____ <input type="checkbox"/> E-Mail (tùy thuộc vào giới hạn kích thước tệp) _____	<input type="checkbox"/> Qua thư <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Cổng thông tin (https://www.integrisandme.com) <input type="checkbox"/> Đến nhận Trực tiếp: Địa điểm Nhận: _____ <input type="checkbox"/> E-Mail (tùy thuộc vào giới hạn kích thước tệp) _____

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@integrishealth.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, 2/24