



YÊU CẦU XEM HỒ SƠ BỆNH ÁN CỦA BỆNH NHÂN PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (VIETNAMESE)

Tại một số địa điểm, Swedish Health Services và các chi nhánh có thể lưu trữ hồ sơ khám bệnh của bệnh nhân tách biệt với hồ sơ bệnh án tại bệnh viện. Chúng tôi sẵn lòng gửi một bản sao của mẫu đơn này qua fax cho các cơ sở khác khi có yêu cầu.

In some areas, Swedish Health Services and affiliates may store patient clinic records separately from patient hospital records. We would be glad to fax a copy of this form to other facilities upon request.

Quý vị có thể đính kèm một trang bổ sung nếu mẫu đơn yêu cầu không có đủ chỗ điền.

You may attach an additional page if more room is needed than provided on the request form.

Vui lòng gửi biểu mẫu tới một trong những địa điểm này, phụ thuộc vào nơi quý vị đã tiếp nhận chăm sóc:

Please submit this form to one of these locations, depending on where you received care:

<p>Swedish Medical Center</p> <p>Release of Information</p> <p>747 Broadway, Seattle, WA 98122</p> <p>Số Điện Thoại/ Phone: (206) 320-3850</p> <p>Fax/ Fax: (206) 320-2626</p> <p>Email/ Email: ROI@swedish.org</p>	<p>Swedish Medical Group</p> <p>Số Điện Thoại/ Phone: (206) 320-3025</p> <p>Fax/ Fax: (478) 238-9436</p> <p>Email/ Email: smgroi-wa@cioxhealth.com</p>
--	---

Yêu cầu này có thể cần nộp phí.
Fees may be associated with this request.

Quan Trọng: Swedish và các chi nhánh không còn in hay cung cấp số an sinh xã hội của bệnh nhân trừ khi yêu cầu để thanh toán. Tuy nhiên, số an sinh xã hội có thể nằm trong hồ sơ của bệnh nhân nếu hồ sơ đã được lưu trữ trên vài năm. Hồ sơ bệnh án mà quý vị yêu cầu có thể bao gồm số an sinh xã hội của quý vị.

Important: Swedish and affiliates no longer print or release patient social security numbers unless required for billing. However, social security numbers may be included in patient records that are more than a few years old. The records you are requesting may include your social security number.

Theo đây, các cơ sở, nhân viên, chuyên viên, y bác sĩ không phải chịu bất cứ nghĩa vụ hay trách



3600



Patient Identification Sticker

nhiệm pháp lý nào đối với việc cung cấp các thông tin trên trong phạm vi được chỉ rõ và cho phép ở đây.

Theo đây, các cơ sở, nhân viên, chuyên viên, y bác sĩ không phải chịu bất cứ nghĩa vụ hay trách nhiệm pháp lý nào đối với việc cung cấp các thông tin trên trong phạm vi được chỉ rõ và cho phép ở đây.

Swedish Health Services và các Chi Nhánh của mình không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, sắc tộc, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tuổi tác hay tình trạng khuyết tật trong các chương trình và hoạt động y tế của tổ chức.

Swedish Health Services and its Affiliates do not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability in their health programs and activities.

ATTENTION: If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services. Call (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

注意: 如果您講中文，我們可以給您提供免費中文翻譯服務，請致電 (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).



**YÊU CẦU XEM HỒ SƠ BỆNH ÁN PATIENT REQUEST
FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET
(VIETNAMESE) CỦA BỆNH NHÂN**

Tên Bệnh Nhân: _____ Ngày Sinh: _____
 Patient's Name: _____ DOB: _____
 (Các) Tên Cũ Đã Sử Dụng: _____ Số Điện Thoại: _____
 Prior Name(s) Used: _____ Phone: _____
 Địa Chỉ của Bệnh Nhân: _____
 Patient's Address: _____
 Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Bưu Chính: _____
 City: _____ State: _____ Zip Code: _____
 Email của Bệnh Nhân: _____
 Patient's Email: _____

Vui lòng tiết lộ hồ sơ của tôi với: Chính tôi tại địa chỉ trên hoặc người được tiết lộ sau đây
 Please disclose my records to: Myself at the address above or the following recipient
 Tên: _____ Địa Chỉ: _____
 Name: _____ Address: _____
 Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Bưu Chính: _____
 City: _____ State: _____ Zip Code: _____
 Số Điện Thoại: _____ Fax: _____ Email: _____
 Phone: _____ Fax: _____ Email: _____

Vui lòng gửi hồ sơ của tôi qua: MyChart Email Đĩa Bản Giấy Fax
 Please send my records via: MyChart Email Disc Paper Fax

**Tôi yêu cầu thông tin từ (các) cơ sở sau:
Tôi am requesting information from the following facility(s):**

Liệt kê Tên (Các) Bệnh Viện hoặc Nhà Cung Cấp	VÀ/HOẶC	Liệt Kê Tên (Các) Phòng Khám hoặc (Các) Nhà Cung Cấp
List Hospital(s) or Provider Name(s)	AND/OR	List Clinic(s) or Provider Name(s)



Trong khoảng ngày từ: _____ đến: _____
 For the range of dates from: _____ to: _____

Thông tin cần tiết lộ:

Information to be disclosed:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bệnh Sử
History & Physical | <input type="checkbox"/> Bản Tóm Tắt Xuất Viện
Discharge Summary |
| <input type="checkbox"/> Hồ Sơ Phẫu Thuật
Operative Report | <input type="checkbox"/> Phòng Cấp Cứu
Emergency Department |
| <input type="checkbox"/> Hồ Sơ Chẩn Đoán (xét nghiệm, chụp x-quang, EKG, v.v.)
Diagnostic Report (lab, x-ray, EKG, etc.) | <input type="checkbox"/> Ghi Chép Tiến Triển
Report Progress Notes |
| <input type="checkbox"/> Khác (nêu rõ): _____
Other (specify): | <input type="checkbox"/> Chỉ trong 2 năm vừa qua
Last 2 years only |

Yêu cầu này có thể cần nộp phí. Một số loại hồ sơ không thể nhận được qua MyChart.
 Fees may be associated with this request. Some records are unavailable to receive via MyChart.

Chữ Ký của Bệnh Nhân: _____ Ngày: _____
(In mẫu đơn và ký tên bằng tay)
 Patient Signature: _____ Date: _____
(Print form and sign by hand)

Tên Người Đại Diện: _____ Ngày: _____
 Representative Name: _____ Date: _____

Chữ Ký của Người Đại Diện: _____ Mối Quan
 Hệ với Bệnh Nhân: _____
 Representative Signature: _____ Relation to Patient: _____

(In mẫu đơn và ký tên bằng tay. Vui lòng gửi kèm hồ sơ giấy tờ hỗ trợ.)
 (Print form and sign by hand. Please include supporting documentation.)