



ການອະນຸຍາດໃຫ້ນຳໃຊ້, ເປີດເຜີຍ ແລະ ເຜີຍແຜ່ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງ
AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (LAOTIAN)

ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:
I understand the following:

- ຂ້ອຍມີສິດປະຕິເສດການເຊັນແບບຜອມນີ້ຕໍ່ກັບການອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍ ຫຼື ເຜີຍແຜ່ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງຂອງຂ້ອຍ.
ການປະຕິເສດທີ່ຈະເຊັນອະນຸຍາດຈະບໍ່ມີຜົນກະທົບທີ່ເສຍຫາຍຕໍ່ກັບຄວາມສາມາດຂອງຂ້ອຍໃນການຮັບບໍລິການເບິ່ງແຍງ ດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື ການຈ່າຍເງິນຄົນສຳລັບການບໍລິການ. ສະຖານະການດຽວທີ່ການປະຕິເສດການເຊັນໃບອະນຸມັດນີ້ອາດຈະ ກະທົບກັບຄວາມສາມາດໃນການໄດ້ຮັບບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບຂອງຂ້ອຍແມ່ນໃນກໍລະນີທີ່ບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບຂອງຂ້ອຍກ່ຽວຂ້ອງກັບການຄົ້ນຄວ້າ ຫຼື ເພື່ອຈຸດປະສົງສຳລັບການໃຫ້ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບແກ່ບຸກຄົນອື່ນເທົ່ານັ້ນ ແລະ ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ເພື່ອເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວ.

I have the right to refuse to sign this form for authorization to disclose or release my protected health information. Refusal to sign the authorization will not adversely affect my ability to receive health care services or reimbursement for services. The only circumstance when refusal to sign this authorization may affect my ability to receive health care services is if the health care services are research-related or solely for the purpose of providing health information to someone else and the authorization is needed to make that disclosure.

- ອາດຈະມີຄ່າທຳນຽມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຮ້ອງຂໍນີ້. There may be a fee associated with this request.
ຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ນຳໃຊ້ ຫຼື ເປີດເຜີຍຕາມການອະນຸຍາດນີ້ອາດຈະຖືກເປີດເຜີຍອີກເທື່ອໜຶ່ງ ແລະ ອາດຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງ ຈາກກົດໝາຍຂອງ ລັດຖະບານກາງອີກຕໍ່ໄປ. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າກົດໝາຍຂອງລັດ ຫຼື ລັດຖະບານກາງອາດຈະຫ້າມການເປີດ ເຜີຍຄືນໃໝ່ກ່ຽວກັບ HIV/AIDS, ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຈິດ, ຂໍ້ມູນການກວດກຳມະເຜັດ ແລະ ການກວດຫາສານເສບຕິດ/ເຫຼົ້າ, ການປິ່ນ ປົວ ຫຼື ຂໍ້ມູນການສົ່ງຕໍ່.
Information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure and no longer protected under federal law. However, I also understand that federal or state law may restrict re-disclosure of HIV/AIDS, mental health information, genetic testing information, and drug/alcohol diagnosis, treatment, or referral information.

- ຂ້ອຍມີສິດໄດ້ຮັບສຳເນົາໃບອະນຸຍາດທີ່ໄດ້ລົງລາຍເຊັນນີ້.
I have the right to receive a copy of this signed authorization.

- ຂ້ອຍອາດຈະຍົກເລີກການອະນຸຍາດເປັນລາຍລັກອັກສອນນີ້ໄດ້ຕະຫຼອດເວລາ. ຖ້າຫາກຂ້ອຍຍົກເລີກການອະນຸຍາດນີ້, ຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ລະບຸ ຢູ່ລຸ່ມນີ້ອາດຈະບໍ່ຖືກນຳໃຊ້ ຫຼື ເປີດເຜີຍສຳລັບຈຸດປະສົງທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນໃບອະນຸຍາດທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນອີກຕໍ່ໄປ. ມີຂໍ້ຍົກເວັ້ນດຽວ ຄືເມື່ອ Swedish ໄດ້ດຳເນີນການໃນການອາໄສການອະນຸຍາດນັ້ນໄປແລ້ວ ຫຼື ການອະນຸຍາດນັ້ນໄດ້ຮັບເປັນເງື່ອນໄຂການຄຸ້ມຄອງ ຂອງປະກັນໄພ.
I may revoke this authorization in writing at any time. If I revoke this authorization, the information described below may no longer be used or disclosed for the purposes described in the written authorization. The only exception is when Swedish has taken action in reliance on the authorization or the authorization was obtained as a condition of insurance coverage.

ກະລຸນາສົ່ງໃບອະນຸຍາດ ຫຼື ໃບຍົກເລີກນີ້ຫາໜຶ່ງໃນສະຖານທີ່ເຫຼົ່ານີ້, ຂຶ້ນກັບວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການດູແລຢູ່ໃສ:
Please submit this authorization or revocation to one of these locations, depending on where you received care:

<b>Swedish Medical Center</b> Release of Information Department 747 Broadway, Seattle, WA 98122 ແຜ່ກ/Fax: (206) 320-2626 ອີເມວ/Email: <a href="mailto:ROI@swedish.org">ROI@swedish.org</a>	<b>Swedish Medical Group</b> ໂທລະສັບ/Phone: (206) 320-3025 ແຜ່ກ/Fax: (478) 238-9436 ອີເມວ/Email: <a href="mailto:smgroi-wa@cioxhealth.com">smgroi-wa@cioxhealth.com</a>
--	--

ສິ່ງສຳຄັນ: Swedish ບໍ່ພິມ ຫຼື ເປີດເຜີຍລະຫວ່າງປະກັນສັງຄົມຂອງຄົນເຮົາອີກຕໍ່ໄປ, ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າຈຳເປັນສຳລັບການຮຽກເກັບເງິນ. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ອາດຈະລວມມີລະຫວ່າງປະກັນສັງຄົມຢູ່ໃນຂໍ້ມູນຂອງຄົນເຮົາທີ່ມີອາຍຸຫຼາຍກວ່າສອງສາມປີ. ບັນທຶກທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ອະນຸຍາດເຜີຍແຜ່ອາດຈະລວມມີລະຫວ່າງປະກັນສັງຄົມຂອງທ່ານ.

Important: Swedish no longer prints or releases patient social security numbers unless required for billing. However, social security numbers may be included in patient information that is more than a few years old. The information you are authorizing to be released may include your social security number.



# SWEDISH

## ການອະນຸຍາດໃຫ້ນຳໃຊ້, ເປີດເຜີຍ ແລະ ເຜີຍແຜ່ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງ AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (LAOTIAN)

ສະຖານທີ່, ພະນັກງານ, ເຈົ້າໜ້າທີ່ ແລະ ແພດໝໍໃນທີ່ນີ້ໄດ້ຮັບການປົດປ່ອຍຈາກທຸກຄວາມຮັບຜິດຊອບທາງກົດໝາຍສຳລັບການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງໃນຂອບເຂດທີ່ກຳນົດໄວ້ ແລະ ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃນທີ່ນີ້.

The facility, its employees, officers and physicians are hereby released from any legal responsibility or liability for disclosure of the above information to the extent indicated and authorized herein.

**Swedish Health Services (ໜ່ວຍງານບໍລິການສຸຂະພາບສະວິເດັນ) ແລະ ບັນດາສາຂາບໍ່ຈຳແນກຄວາມແຕກຕ່າງບົນພື້ນຖານເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກຳເນີດ, ເພດ, ອາຍຸ, ຫຼື ຄວາມພິການຢູ່ໃນບັນດາໂຄງການ ແລະ ກິດຈະກຳຕ່າງໆຂອງພວກເຂົາ.**

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.

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານບໍ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ, ທ່ານມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໄດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ (888) 311-9127. (ສົ່ງຂໍ້ຄວາມ: 711).  
ATTENTION: If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services. Call (888) 311-9127 (TTY: 711).

ຂ້ອຍໃຫ້ສິດອະນຸຍາດແກ່ Swedish ນຳໃຊ້ ແລະ ເປີດເຜີຍສຳເນົາຂອງຂໍ້ມູນສຸຂະພາບສະເພາະທີ່ກ່າວໄວ້ຢູ່ລຸ່ມນີ້ກ່ຽວກັບ:  
I authorize Swedish to use and disclose a copy of the specific health information described below regarding:

ຊື່ຂອງຄົນເຈັບ/Patient's Name \_\_\_\_\_ ວັນເດືອນປີເກີດ/DOB: \_\_\_\_\_

ທີ່ຢູ່ຂອງຄົນເຈັບ/Patient's Address: \_\_\_\_\_ ໂທລະສັບ/Phone: \_\_\_\_\_

ເມືອງ/City: \_\_\_\_\_ ລັດ/State: \_\_\_\_\_ ລະຫັດໄປສະນີ/Zip Code: \_\_\_\_\_

ໃຫ້ເປີດເຜີຍຕໍ່ກັບ:  ຕົນເອງ  ຫຼື ຊື່ຂອງຄົນເຈັບ: \_\_\_\_\_  
To be disclosed to: Self Or Recipient's Name:

ທີ່ຢູ່ຂອງຄົນເຈັບ: \_\_\_\_\_  
Recipient's Address:

ເມືອງ/City: \_\_\_\_\_ ລັດ/State: \_\_\_\_\_ ລະຫັດໄປສະນີ/Zip Code: \_\_\_\_\_

ໂທລະສັບ/Phone: \_\_\_\_\_ ແຟັກ/Fax: \_\_\_\_\_ ອີເມວ/Email: \_\_\_\_\_

ກະລຸນາສົ່ງບັນທຶກຂອງຂ້ອຍຜ່ານທາງ:  ແຜນຜັງຂອງຂ້ອຍ  ອີເມວ  ແຜນດິຈິຕໍລ໌  
Please send my records via: MyChart Email Disc

ເອກະສານ  ແຟັກ  
Paper Fax

ຂ້ອຍກຳລັງຂໍຂໍ້ມູນຈາກສະຖານທີ່ຕໍ່ໄປນີ້: I am requesting information from the following facility(s):

ຊື່ໂຮງໝໍ (ລາຍຊື່) ແລະ ເບີໂທລະສັບ Hospital Name (List) & Phone Number	ຊື່ຄລິນິກ (ລາຍຊື່) ແລະ ເບີໂທລະສັບ Clinic Name (List) & Phone Number

ສຳລັບຂອບເຂດຂອງວັນທີຕັ້ງແຕ່: \_\_\_\_\_ ຮອດ: \_\_\_\_\_  
For the range of dates from: to:

ສຳລັບຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການບົ່ງມະຕິ ຫຼື ອາການບາດເຈັບດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:  
For information related to the following diagnosis or injury:

ຂໍ້ມູນທີ່ຈະເປີດເຜີຍ/Information to be disclosed:



# SWEDISH

## ການອະນຸຍາດໃຫ້ນຳໃຊ້, ເປີດເຜີຍ ແລະ ເຜີຍແຜ່ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງ AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (LAOTIAN)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ບະຫວັດ ແລະ ຮ່າງກາຍ/History & Physical   | <input type="checkbox"/> ສັງລວມການອອກໂຮງໝໍ/Discharge Summary               |
| <input type="checkbox"/> ລາຍງານການຜ່າຕັດ/Operative Report  | <input type="checkbox"/> ບົດລາຍງານພະແນກສຸກເສີນ/Emergency Department Report |
| <input type="checkbox"/> ລາຍງານການບົ່ງມະຕິ (ຫ້ອງແລັບ, x-ray (ເອັກຊີເຣ), EKG ແລະ ອື່ນໆ)<br>Diagnostic Reports (lab, x-ray, EKG, etc.) | <input type="checkbox"/> ບັນທຶກຄວາມກ້າວໜ້າ/Progress Notes                  |
| <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ (ລະບຸແຈ້ງ)/Other (specify):   |  |

ເພື່ອຈຸດປະສົງຂອງ: \_\_\_\_\_  
For the purpose of:

ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າຖືກຍົກເລີກ, ໃບອະນຸຍາດນີ້ໝົດອາຍໃນ 180 ວັນ ຫຼື ໃນວັນທີນີ້: \_\_\_\_\_  
Unless revoked, this authorization expires in 180 days or on this Date:

ຕົງອນໄຂ: ການອະນຸຍາດນີ້, ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າຈຳກັດໄວ້ຢ່າງຊັດເຈນໂດຍຂ້ອຍເປັນລາຍລັກອັກສອນ, ຈະຂະຫຍາຍໄປສູ່ທຸກດ້ານຂອງການ ທົດລອງ ແລະ/ຫຼື ການປິ່ນປົວພະຍາດຕິດຕໍ່ທາງເພດສຳພັນ, AIDS, ການຕິດເຊື້ອ HIV, ການຕິດເຫຼົ້າ ຫຼື ຢາເສບຕິດ, ບັນຫາທາງສຸຂະພາບຈິດ ຫຼື ຂໍ້ມູນທີ່ລະອຽດອ່ອນອື່ນໆ.  
Terms: This authorization, unless expressly limited by me in writing, will extend to all aspects of testing and/or treatment of sexually transmitted diseases, AIDS, HIV Infection, alcohol and/or drug abuse, mental health conditions or other sensitive information.

ລາຍເຊັນຂອງຄົນເຈັບ: \_\_\_\_\_ ວັນທີ/Date: \_\_\_\_\_  
Patient Signature: (ພິມແບບພອມ ແລະ ເຊັນເອງດ້ວຍມື)  
(Print form and sign by hand)

ຊື່ຜູ້ຕາງໜ້າຄົນເຈັບ: \_\_\_\_\_ ວັນທີ/Date: \_\_\_\_\_  
Patient Representative Name:

ລາຍເຊັນຜູ້ຕາງໜ້າຄົນເຈັບ: \_\_\_\_\_  
Patient Representative Signature: (ພິມແບບພອມ ແລະ ເຊັນເອງດ້ວຍມື. ກະລຸນາປະກອບເອກະສານສະໜັບສະໜູນໃສ່ນຳ.)  
(Print form and sign by hand. Please include supporting documentation.)

ຄວາມກ່ຽວຂ້ອງກັບຄົນເຈັບ: \_\_\_\_\_  
Relation to Patient: