



ਨਾਮਜ਼ਦ ਰਿਕਾਰਡ ਸੈੱਟ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਬੇਨਤੀ PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (PUNJABI)

ਕੁਝ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿੱਚ, Swedish Health Services ਅਤੇ ਸਹਿਭਾਗੀ, ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਤੋਂ ਅਲੱਗ, ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਕਲੀਨਿਕ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਸਟੋਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ 'ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਕਾਪੀ, ਹੋਰ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਨੂੰ ਫੈਕਸ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਖੁਸ਼ੀ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਵੇਗੀ।

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.

ਜੇਕਰ ਬੇਨਤੀ ਫਾਰਮ ਉੱਤੇ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਗ੍ਹਾ ਘੱਟ ਪੈਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਵਾਧੂ ਪੰਨਾ ਨੱਥੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

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

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹਨਾਂ ਸਥਾਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਇੱਕ 'ਤੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਦਰਜ ਕਰੋ, ਇਸ ਗੱਲ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿੱਥੇ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਸੀ:

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

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

ਇਸ ਬੇਨਤੀ ਦੇ ਨਾਲ ਫੀਸਾਂ ਲਗਾਈਆਂ ਜਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

Fees may be associated with this request.

ਜ਼ਰੂਰੀ: Swedish ਅਤੇ ਸਹਿਭਾਗੀ, ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਊਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਪ੍ਰਿੰਟ ਜਾਂ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਇਹ ਬਿਲਿੰਗ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੇ ਨਾ ਹੋਣ। ਪਰ, ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਊਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਕੁਝ ਸਾਲ ਪੁਰਾਣੀ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੇ ਗਏ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡਾ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਊਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

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.



3600



Patient Identification Sticker

ਸੰਸਥਾ, ਇਸਦੇ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ, ਅਫ਼ਸਰਾਂ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰਾਂ ਨੂੰ, ਦਰਸਾਈ ਗਈ ਸੀਮਾ ਤੱਕ ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤਾ ਅਨੁਸਾਰ ਉਪਰੋਕਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਖੁਲਾਸੇ ਲਈ ਕਿਸੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਜਾਂ ਦੇਣਦਾਰੀ ਤੋਂ ਮੁਕਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

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 ਅਤੇ ਇਸਦੇ ਸਹਿਭਾਗੀ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਅਤੇ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਜਾਤ, ਰੰਗ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਲਿੰਗ, ਉਮਰ, ਜਾਂ ਅਧਿਕਾਰਤਾ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਵਿਤਕਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹਨ।

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).



Patient Identification Sticker

ਨਾਮਜ਼ਦ ਰਿਕਾਰਡ ਸੈੱਟ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਬੇਨਤੀ

PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (PUNJABI)

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ: _____		ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ: _____	
Patient's Name:		DOB:	
ਵਰਤਿਆ(ਵਰਤੇ) ਗਿਆ(ਗਏ) ਪੂਰਵ ਨਾਮ: _____		ਫੋਨ: _____	
Prior Name(s) Used:		Phone:	
ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਪਤਾ: _____			
Patient's Address:			
ਸ਼ਹਿਰ: _____	ਸਟੇਟ: _____	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ: _____	
City:	State:	Zip Code:	
ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਈ-ਮੇਲ: _____			
Patient's Email:			
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਮੇਰੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰੋ: ਉਪਰੋਕਤ ਪਤੇ 'ਤੇ ਮੈਨੂੰ		<input type="checkbox"/>	ਜਾਂ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ਨੂੰ <input type="checkbox"/>
Please disclose my records to: Myself at the address above		<input type="checkbox"/>	or the following recipient <input type="checkbox"/>
ਨਾਮ: _____	ਪਤਾ: _____		
Name:	Address:		
ਸ਼ਹਿਰ: _____	ਸਟੇਟ: _____	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ: _____	
City:	State:	Zip Code:	
ਫੋਨ: _____	ਫੈਕਸ: _____	ਈਮੇਲ: _____	
Phone:	Fax:	Email:	
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਮੇਰੇ ਰਿਕਾਰਡ ਇਨ੍ਹਾਂ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ:	<input type="checkbox"/> MyChart	<input type="checkbox"/> ਈਮੇਲ	<input type="checkbox"/> ਡਿਸਕ
Please send my records via:	<input type="checkbox"/> MyChart	<input type="checkbox"/> Email	<input type="checkbox"/> Disc
		<input type="checkbox"/> ਪੇਪਰ	<input type="checkbox"/> ਫੈਕਸ
		<input type="checkbox"/> Paper	<input type="checkbox"/> Fax
ਮੈਂ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਤੋਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ:			
I am requesting information from the following facility(s):			
ਹਸਪਤਾਲ(ਲਾਂ) ਜਾਂ ਪ੍ਰਦਾਤੇ ਦੇ ਨਾਮ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ	ਅਤੇ/ਜਾਂ	ਕਲੀਨਿਕ(ਕਾਂ) ਜਾਂ ਪ੍ਰਦਾਤੇ ਦੇ ਨਾਮ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ	
List Hospital(s) or Provider Name(s)	AND/OR	List Clinic(s) or Provider Name(s)	
ਇਨ੍ਹਾਂ ਤਾਰੀਖ ਸੀਮਾਵਾਂ ਤੋਂ: _____	ਤੱਕ: _____		
For the range of dates from:	to:		
ਖੁਲਾਸਾ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ: _____			



SWEDISH

Patient Identification Sticker

Information to be disclosed:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ਪਿਛੋਕੜ ਅਤੇ ਸਰੀਰਕ
History & Physical | <input type="checkbox"/> ਡਿਸਚਾਰਜ ਸਾਰ
Discharge Summary |
| <input type="checkbox"/> ਆਪਰੇਟਿਵ ਰਿਪੋਰਟ
Operative Report | <input type="checkbox"/> ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ
Emergency Department |
| <input type="checkbox"/> ਡਾਇਗਨੋਸਟਿਕ ਰਿਪੋਰਟ (ਲੈਬ, ਐਕਸਰੇ, EKG, ਆਦਿ)
Diagnostic Report (lab, x-ray, EKG, etc.) | <input type="checkbox"/> ਤਰੱਕੀ ਟਿੱਪਣੀਆਂ ਰਿਪੋਰਟ
Report Progress Notes |
| <input type="checkbox"/> ਹੋਰ (ਦਰਸਾਓ): _____
Other (specify): | <input type="checkbox"/> ਸਿਰਫ਼ ਪਿਛਲੇ 2 ਸਾਲ
Last 2 years only |

ਇਸ ਬੇਨਤੀ ਦੇ ਨਾਲ ਫੀਸਾਂ ਲਗਾਈਆਂ ਜਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਕੁਝ ਰਿਕਾਰਡ MyChart ਰਾਹੀਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਅਣਉਪਲਬਧ ਹਨ।
 Fees may be associated with this request. Some records are unavailable to receive via MyChart.

ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਦਸਤਖਤ: _____ ਮਿਤੀ: _____

Patient Signature: (ਫਾਰਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ ਅਤੇ ਹੱਥ ਰਾਹੀਂ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ) _____ Date: _____

ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਦਾ ਨਾਮ: _____ ਮਿਤੀ: _____

Representative Name: _____ Date: _____

ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ: _____ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ: _____

Representative Signature: _____ Relation to Patient: _____

(ਫਾਰਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ ਅਤੇ ਹੱਥ ਰਾਹੀਂ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ) ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਮਰਥਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ।
 (Print form and sign by hand. Please include supporting documentation.)

