



የታካሚ ጥያቄ የተመደበ የሰነድ ስብስብ ለማግኘት/ለመግለጽ
Patient Request to Access/Disclose a Designated Record Set (Amharic)

ይህን ሰነድ መሙላት ስለእርስዎ ያለውን የጤና መረጃ ይፋ ለማድረግ እና/ወይም ለመጠቀም ፈቃድ ይሰጣል። የተጠየቀውን መረጃ በሙሉ አለመስጠት ይህንን ፈቃድ ውድቅ ሊያደርገው ይችላል። Completion of this document authorizes the disclosure and/or use of health information about you. Failure to provide all information requested may invalidate this authorization.

ማስታወሻ፡- የሕክምና መዝገቦችን ለግል ጥቅም ለመጠየቅ የመጡ ታካሚ/የታካሚ ተወካይ ከሆኑ፣ የሕክምና መዝገቦችን ለማዘጋጀት ክፍያ ሊጠየቁ ይችላሉ። NOTE: If you are a patient/patient representative requesting medical records for personal use, there may be a fee for production of the medical records.

በታካሚው የሰነድ ስብስብ ማግኘት/መግለጽ ጥያቄ ውስጥ የተጠየቀው መረጃ በክልል እና በፌዴራል ደንቦች በሚጠየቁ መስፈርቶች ላይ የተመሰረተ ነው። Information requested in this Patient Request to Access/Disclose a Designated Record Set is based on requirements by both state and federal regulations.

በመጠየቅያ ቅጹ ላይ ያለው ቦታ ካልበቃዎት፣ ተጨማሪ ገጽ ማያያዝ ይችላሉ።
 የሞተን ታካሚ መዝገብ እየጠየቁ ከሆነ፣ እባክዎ የሞት የምስክር ወረቀት ቅጂ፣ የውክልና ስልጣን፣ የውርስ ሰነድ ወይም ኑዛዜ ቅጂ (ካለ)፣ የሕክምና መዝገቦችን የሚጠይቀው ሰው መንጃ ፈቃድ፣ ከተሞላው የጥያቄ ቅጽ ጋር አያይዘው ያቅርቡ።
 You may attach an additional page if more room is needed than provided on the request form.
 If you are requesting records for a deceased patient, please submit a copy of the death certification; copy of Power of Attorney, trust or will, if available; driver's license of person requesting medical records; along with the completed request form.

እባክዎን ይህን ቅጽ ወደ ተከታይ አድራሻ ያስተላፉ፡ Please forward this form to:

ለሆስፒታል የሕክምና መዝገብ ጥያቄዎች ብቻ ወደ:

Swedish Medical Center

Release of Information Department

747 Broadway, Seattle, WA 98122

Email: ROI@swedish.org

ስልክ: (206) 320-3850 • ፋክስ: (206) 320-2626

ለSwedish Medical Group ጥያቄዎች ብቻ ወደ:

ኢሜይል: smgroi-wa@datavant.com

ስልክ ቁጥር: (206) 320-3025 • ፋክስ: (478) 238-9436

እባክዎ ያስተውሉ: ሂሳብ ለማስከፊያ አሰፈላጊ ከሆነ እንጂ፣ የስዊድን የሕክምና ማዕከል/ቡድን (Swedish Medical Center/Group፣ SMC/SMG) የታካሚዎችን ሶሺያል ሴኩራቲ ቁጥሮችን ማተሙን ወይም ማስተላለፉን አቁሟል። ቢሆንም ግን ከጥቂት ዓመታት በላይ በሆናቸው የህክምና መዝገብ ላይ የማህበራዊ ዋስትና ቁጥሮች ሊካተቱ ይችላሉ። Please Note: SMC/SMG no longer prints or releases patient social security numbers unless required for billing. However, social security numbers may be included in medical records that are more than a few years old.

እየጠየቁት ያሉት የሕክምና መዝገቦች በስቴት የማስቀመጥ መስፈርቶች ምክንያት ላይገኙ ይችላሉ። Medical Records you are requesting may not be available due to the state retention requirements.

በዚህ ፈቃድ መሠረት የተገለጸው መረጃ በተቀባዩ እንደገና ሊገለጽ ይችላል። እንዲህ ያለው ዳግም ይፋ መሆን በአንዳንድ ሁኔታዎች በስቴት ህግ የተጠበቀ አይደለም፣ እና በፌዴራል ሚስጥራዊነት ህግ የጤና ኢንሹራንስ ተንቀሳቃሽነት እና ተጠያቂነት ህግ (Health Insurance Portability and Accountability Act፣ HIPAA) ከእንግዲህ ጥበቃ ላይደረግበት ይችላል። Information disclosed pursuant to this authorization could be re-disclosed by the recipient. Such re-disclosure is in some cases not protected by state law and may no longer be protected by federal confidentiality law (HIPAA).

ትኩረት፡- እንግሊዘኛ የማትናገሩ ከሆነ ነፃ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎት አለለዎት። ይደውሉ 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TTY: 711)።

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 (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 (TTY: 711)

የታካሚ ጥያቄ የተመደበ የሰነድ ስብስብ ለማግኘት/ለመግለጽ
PATIENT REQUEST TO ACCESS/DISCLOSE A DESIGNATED RECORD SET (AMHARIC)

ማብራሪያ / EXPLANATION:

ይህ ፈቃድ የሚጠየቀው የክልል እና የፌዴራል ደንቦችን ለማክበር ነው።

የታካሚ ስም / Patient's Name:	የትውልድ ቀን/ Date of Birth:	
ተቀዳሚ የሚጠቀሙበት(ባቸው) ስም(ሞች): Prior Name(s) Used:	ስልክ #: Phone #:	
የታካሚ አድራሻ: Patient's Address:		
ከተማ/ City:	ስቴት: State:	የዚፕ ኮድ: Zip Code:
ኢሜል አድራሻ / Email Address: _____ @ _____		

የጤና መረጃ አጠቃቀም እና ይፋ ማድረግ / USE AND DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION:

እኔ በዚህ ሰነድ SMC/SMG የሕክምና መዝገቦቼን ለሚከተለው አካል እንዲያስረክብ/እንድትገለጽ እፈቅዳለሁ I hereby authorize SMC/SMG to release my medical records to: ☐ እራሴ ወይ (Myself) ☐ ተቀባይ እታች ተዘርዝሯል (Recipient listed below):

የተቀባይ ስም: Recipient's Name:	ትኩረት:- Attention:	
የተቀባይ አድራሻ: Recipient's Address:		
ከተማ / City:	ስቴት: State:	የዚፕ ኮድ: Zip Code:
ስልክ: _____ ፋክስ: _____ Phone #: _____ Fax: _____		
የአቅርቦት አማራጭ / Delivery Option: <input type="checkbox"/> MyChart <input type="checkbox"/> ወረቀት (በፖስታ ተልኳል) Paper (Mailed) <input type="checkbox"/> CD (በፖስታ ተልኳል) CD (Mailed)		
<input type="checkbox"/> ፋክስ / Fax: _____ <input type="checkbox"/> ኢሜይል / Email: _____ @ _____		

የሚገለጸው የጤና መረጃ / INFORMATION TO BE RELEASED :

መረጃውን የምጠይቀው ለሚከተለው ተቋም(ሞች) ነው / I am requesting information from the following Hospital(s):

የሆስፒታል(ሎች) ዝርዝር / List Hospital(s)	የህክምናው ቀናት ይግለጹ / Specify the Dates of Treatment

የሚለቀቅ መረጃ (በዚህ ክፍል አንድ ሳጥን ብቻ ምልክት ያድርጉ) / INFORMATION TO BE RELEASED:

- ☐ ተዛማጅ መረጃዎች። (ይህ አብዛኛዎቹ ታካሚዎች እና ሐኪሞች የሚያስፈልጋቸው ነው)። የመልቀቂያ ማጠቃለያ፣ የድንገተኛ ክፍል ሪፖርት፣ ታሪክ እና አካላዊ ምርመራ፣ የምክክር ሪፖርቶች፣ የቀዶ ጥገና ሪፖርቶች፣ የላብራቶሪ ምርመራዎች፣ የራዲዮሎጂ ሪፖርቶች፣ ኤሌክትሮኢንሴፋሎግራም (electroencephalogram, EEG)፣ ኤሌክትሮማይዮግራም (electromyogram, EMG)፣ ኤሌክትሮካርዲዮግራም (electrocardiogram, EKG) የፖቶሎጂ ሪፖርቶች። (ክፍያ ሊኖር ይችላል) / Pertinent information
- ☐ ሁሉም/ሙሉ የሕክምና መዝገብ። (ይህ ተዛማጅ መረጃዎችን እንዲሁም በሕክምና መዝገብ ውስጥ ያሉትን ሌሎች ሁሉም ሰነዶችን ያካትታል) (ክፍያ ሊጠየቅ ይችላል) / All/Entire Medical Record (Includes pertinent information plus all other documentation in the medical record) (A fee may be charged)
- ☐ ሌላ (ይግለጹ) / Other (specify): _____
- ☐ ባለፉት ሁለት ዓመታት ብቻ (የህትመት ፓኬጅ ይግለጹ) / Last two years only (Specify print package):
- ☐ ተዛማጅ መረጃዎች / Pertinent Information ☐ ሁሉም/ሙሉ የሕክምና መዝገብ / All/Entire Medical Record

በክልል/ፌዴራል ህጎች ምክንያት ለሚከተለው ተጨማሪ ፈቃድ ያስፈልጋል / ADDITIONAL AUTHORIZATION REQUIRED:

የሚከተለውን መረጃ እንድለቀቅ በግልጽ ፈቅጃለሁ (እንደአስፈላጊነቱ ምልክት ያድርጉ፣ የመጀመሪያ ፊርማዎን ያስቀምጡ እና ቀን ያስገቡ) / I specifically authorize release of the following information (check, initial and date as appropriate):

<input type="checkbox"/> የአእምሮ ጤና ምርመራ መረጃ / Mental Health treatment information	የመጀመሪያ ቀን / Initial and Date:
<input type="checkbox"/> HIV ምርመራ ውጤቶች / HIV test results	የመጀመሪያ ቀን / Initial and Date:
<input type="checkbox"/> የአልኮሆል/ድራግ ምርመራ መረጃ / Alcohol/drug treatment information	የመጀመሪያ ቀን / Initial and Date:
<input type="checkbox"/> በወሲብ የሚተላለፉ በሽታዎች (WA ብቻ) / Sexually Transmitted Disease (WA Only)	የመጀመሪያ ቀን / Initial and Date:

ጥቅም / PURPOSE:

የተጠየቀው አጠቃቀም ወይም ይፋ የማድረግ ዓላማ: ☐ የታካሚ ጥያቄ / Patient Request ☐ የቀጠለ እንክብካቤ / Continuing Care ☐ ህጋዊ / Legal ☐ ኢንሹራንስ / Insurance ☐ ሌላ / Other: _____

የሚያበቃበት ቀን / EXPIRATION:

ይህ ፈቃድ የሚያበቃበት ቀን: This Authorization expires (Date): _____

ቀን ካልተሰጠ፣ ይህ ፈቃድ ከፊርማው ቀን ጀምሮ በስድስት ወራት ውስጥ ያበቃል።

ሙብቶች / MY RIGHTS:

ይህን ፈቃድ ለመፈረም እምቢ ማለት እችላለሁ። ለመፈረም እምቢ ካልኩኝ፣ በህግ የጤና መረጃዬ ሊለቀቅ እንደማይችል ማወቅ አለብኝ። እምቢ ማለቴ ህክምናዬን ወይም ክፍያዬን ወይም ለጥቅማጥቅሞች ብቁነቴን አይነካም። I may refuse to sign this authorization. If I refuse to sign this authorization, I should know that by law, my health information cannot be released. My refusal will not affect my ability to obtain treatment or payment or eligibility for benefits.

አጠቃቀሙን ወይም ይፋ ማድረጉን እንድፈቅድ እየተጠየቅኩ ያለውን የጤና መረጃ ማየት ወይም ቅጂውን ማግኘት እችላለሁ። ይህን ፈቃድ በማንኛውም ጊዜ መሰረዝ እችላለሁ፤ ሆኖም በጽሑፍ በማቅረብ ለሚከተለው አድራሻ ማስገባት አለብኝ: I may inspect or obtain a copy of the health information that I am being asked to allow the use or disclosure of. I may revoke this authorization at any time, but I must do so in writing and submit it to the following address:

Providence St. Joseph Health
Health Information Release of Information/Revoke Authorization
P.O. Box 4950
Portland, OR 97208

የእኔ ስረዛ እንደደረሰኝ ወዲያውኑ ተግባራዊ ይሆናል፤ ሌሎች በዚህ ፈቃድ ላይ ተመስርተው የሰሩትን ተግባራት ግን አይመለከትም። My revocation will take effect upon receipt, except to the extent that others have acted in reliance upon this authorization.

የዚህን ፈቃድ ቅጂ የማግኘት ሙብት አለኝ። I have a right to receive a copy of this authorization.

በዚህ ፈቃድ መሠረት የተገለጸው መረጃ በተቀባዩ እንደገና ሊገለጽ ይችላል። እንዲህ ያለው

ዳግም ይፋ መሆን በአንዳንድ ሁኔታዎች በስቴት ህግ የተጠበቀ አይደለም፤ እና በፌዴራል ሚስጥራዊነት ህግ የጤና ኢንሹራንስ ተንቀሳቃሽነት እና ተጠያቂነት ህግ (Health Insurance Portability and Accountability Act፣ HIPAA) ከእንግዲህ ጥበቃ ላይደረግበት ይችላል። Information disclosed pursuant to this authorization could be re-disclosed by the recipient. Such re-disclosure is in some cases not protected by state law and may no longer be protected by federal confidentiality law (HIPAA).

ፊርማ / SIGNATURE:

የታካሚ ፊርማ: Patient Signature:	ቀን / Date:
የህጋዊ ተወካይ ፊርማ: (የታካሚ ተወካይ/ባለቤት) Legal Representative Signature: (Patient representative/spouse)	ቀን / Date:

በታካሚው ፈንታ በሌላ ሰው የተፈረመ ከሆነ፣ ከታካሚው ጋር ያለዎትን ህጋዊ ዝምድና ይግለጹ እና እባክዎ ማስረጃ ያቅርቡ። ለምሳሌ፡ የውክልና ስልጣን ቅጂ፣ የሞት የምስክር ወረቀት፣ የአሳዳጊነት ሰነድ፡

If signed by someone other than the patient, state your legal relationship to the patient and please provide, i.e, copy of DPOA, Death Certificate, Guardianship:

ከታካሚ ጋር ያለ ግንኙነት፡

Relationship to Patient:

ቀን / Date:

በስቴት ደንቦች ላይ በመመስረት፣ በቆይታቸው ወቅት ታካሚውን ያከመው ሐኪም ፈቃድ ሊያስፈልግ ይችላል።

Dependent on State Regulations, authorization from the physician who attended the patient during their stay may be required.

HOSPITAL USE ONLY

PHYSICIAN RELEASE OF MEDICAL RECORD

☐ APPROVED by Physician Name: _____ Date: _____ HIM-ROI CG Initials: _____

☐ DENIED – REASON FOR DENIAL: _____

MD Signature: _____ Date: _____ Time: _____