



ຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງຄົນເຈັບເພື່ອເຂົ້າເຖິງຊຸດບັນທຶກທີ່ກຳນົດໄວ້ PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (LAOTIAN)

ໃນບາງເຂດພື້ນທີ່, Swedish Health Services ແລະ ບັນດາສາຂາອາດຈະເກັບມ້ຽນບັນທຶກທາງຄລິນິກຂອງຄົນເຈັບໄວ້ແຍກຕ່າງຫາກຈາກບັນທຶກທາງໂຮງໝໍຂອງຄົນເຈັບ. ພວກເຮົາຍິນດີແຜ່ກສຳເນົາຂອງແບບຟອມນີ້ໄປຫາສາຂາອື່ນຕາມການຮ້ອງຂໍ.

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

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

<p align="center">Swedish Medical Center</p> <p align="center">Release of Information</p> <p align="center">747 Broadway, Seattle, WA 98122</p> <p align="center">ໂທລະສັບ/ Phone: (206) 320-3850</p> <p align="center">ແຜ່ກ / Fax: (206) 320-2626</p> <p align="center">ອີເມວ/ Email: ROI@swedish.org</p>	<p align="center">Swedish Medical</p> <p align="center">ໂທລະສັບ/ Phone: (206) 320-3025</p> <p align="center">ແຜ່ກ / Fax: (478) 238-9436</p> <p align="center">ອີເມວ/ Email: smgroi-wa@cioxhealth.com</p>
--	---

ອາດຈະມີຄ່າທຳນຽມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຮ້ອງຂໍນີ້.
Fees may be associated with this request.

ສິ່ງສຳຄັນ: Swedish ແລະ ບັນດາສາຂາບໍ່ພິມ ຫຼື ເປີດເຜີຍເລກປະກັນສັງຄົມຂອງຄົນເຈັບອີກຕໍ່ໄປ, ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າຈຳເປັນສຳລັບການຮຽກເກັບເງິນ. ແນວໃດກໍຕາມ, ອາດຈະລວມມີເລກປະກັນສັງຄົມຢູ່ໃນບັນທຶກຂອງຄົນເຈັບທີ່ມີອາຍຸຫຼາຍກວ່າສອງສາມປີ. ບັນທຶກທີ່ທ່ານກຳລັງຮ້ອງຂໍເອົາອາດຈະລວມມີເລກປະກັນສັງຄົມຂອງທ່ານ.

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.

ສະຖານທີ່, ພະນັກງານ, ເຈົ້າໜ້າທີ່ ແລະ ແພດໝໍໃນທີ່ນີ້ໄດ້ຮັບການບົດປ່ອຍຈາກທຸກຄວາມຮັບຜິດຊອບທາງກົດໝາຍສຳລັບການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງໃນຂອບເຂດທີ່ກຳນົດໄວ້ ແລະ ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃນທີ່ນີ້.



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. 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 (ໜ່ວຍງານບໍລິການສຸຂະພາບສະວີເດັນ) 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.

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).



ຄຳຮ້ອງຂໍຂອງຄົນເຈັບເພື່ອເຂົ້າເຖິງຊຸດບັນທຶກທີ່ກຳນົດໄວ້

PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (LAO)

ຊື່ ຄົນເຈັບ: _____	ວັນເດືອນປີເກີດ: _____	
Patient's Name: _____	DOB: _____	
ຊື່ກ່ອນທີ່ເລີຍໃຊ້: _____	ໂທລະສັບ: _____	
Prior Name(s) Used: _____	Phone: _____	
ທີ່ຢູ່ຂອງຄົນເຈັບ: _____		
Patient's Address: _____		
ເມືອງ: _____	ລັດ: _____	ລະຫັດໄປສະນີ: _____
City: _____	State: _____	Zip Code: _____
ອີເມວຂອງຄົນເຈັບ: _____		
Patient's Email: _____		
ກະລຸນາເປີດເຜີຍບັນທຶກຂອງຂ້ອຍໃຫ້ແກ່: ຕົວຂ້ອຍເອງຕາມທີ່ຢູ່ຂ້າງເທິງ <input type="checkbox"/> ຫຼື ຜູ້ຮັບດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ <input type="checkbox"/> Please disclose my records to: Myself at the address above <input type="checkbox"/> or the following recipient <input type="checkbox"/>		
ຊື່: _____	ທີ່ຢູ່: _____	
Name: _____	Address: _____	
ເມືອງ: _____	ລັດ: _____	ລະຫັດໄປສະນີ: _____
City: _____	State: _____	Zip Code: _____
ໂທລະສັບ: _____	ແຟັກ: _____	ອີເມວ: _____
Phone: _____	Fax: _____	Email: _____
ກະລຸນາສົ່ງບັນທຶກຂອງຂ້ອຍຜ່ານທາງ: <input type="checkbox"/> MyChart <input type="checkbox"/> ອີເມວ <input type="checkbox"/> ແຜ່ນດິສກ໌ <input type="checkbox"/> ເອກະສານ <input type="checkbox"/> ແຟັກ Please send my records via: <input type="checkbox"/> MyChart <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Disc <input type="checkbox"/> Paper <input type="checkbox"/> Fax		
ຂ້ອຍກຳລັງຂໍຂໍ້ມູນຈາກສະຖານທີ່ຕໍ່ໄປນີ້: I am requesting information from the following facility(s):		



SWEDISH

Patient Identification Sticker

ເຮັດບັນຊີລາຍຊື່ຂອງບັນດາໂຮງໝໍ ຫຼື ຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ List Hospital(s) or Provider Name(s)	ແລະ/ຫຼື AND/OR	ເຮັດບັນຊີລາຍຊື່ຄລິນິກ ຫຼື ຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ List Clinic(s) or Provider Name(s)

ສໍາລັບຂອບເຂດຂອງວັນທີຕັ້ງແຕ່: _____ ຮອດ: _____
For the range of dates from: _____ to: _____

ຂໍ້ມູນທີ່ຈະເປີດເຜີຍ:
Information to be disclosed:

<input type="checkbox"/> ປະຫວັດ ແລະ ຮ່າງກາຍ History & Physical	<input type="checkbox"/> ສັງລວມການອອກໂຮງໝໍ Discharge Summary
<input type="checkbox"/> ລາຍງານການຜ່າຕັດ Operative Report	<input type="checkbox"/> ພະແນກສຸກເສີນ Emergency Department
<input type="checkbox"/> ລາຍງານການບົ່ງມະຕິ (ຫ້ອງແລັບ, x-ray (ເອັກຊ໌ເຣ), EKG ແລະ ອື່ນໆ) Diagnostic Report (lab, x-ray, EKG, etc.)	<input type="checkbox"/> ບັນທຶກລາຍງານຄວາມກ້າວໜ້າ Report Progress Notes
<input type="checkbox"/> ອື່ ນໆ (ລະບຸແຈ້ງ): _____ Other (specify): _____	<input type="checkbox"/> 2 ປີກ່ອນເທົ່ານັ້ນ Last 2 years only

ອາດຈະມີຄ່າທໍານຽມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຮ້ອງຂໍນີ້. ບໍ່ສາມາດຮັບບັນທຶກບາງຢ່າງຜ່ານທາງ MyChart ໄດ້.
Fees may be associated with this request. Some records are unavailable to receive via MyChart.

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

ຊື່ຜູ້ຕາງໜ້າ: _____ ວັນທີ: _____
Representative Name: Date:

ລາຍເຊັນຜູ້ຕາງໜ້າ: _____ ຄວາມກ່ຽວຂ້ອງກັບຄົນເຈັບ: _____
Representative Signature: Relation to Patient:

(ພິມແບບພອມ ແລະ ເຊັນເອງດ້ວຍມື. ກະລຸນາປະກອບເອກະສານສະໜັບສະໜູນໃສ່ນໍາ.)
(Print form and sign by hand. Please include supporting documentation.)

