



3600



ЗАЯВКА ПАЦИЕНТА НА ДОСТУП К ОПРЕДЕЛЁННОМУ КОМПЛЕКТУ ДОКУМЕНТОВ PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (RUSSIAN)

В некоторых случаях центр Swedish Health Services и его филиалы могут хранить клиническую документацию пациентов отдельно от больничных записей пациентов. Мы будем рады по заявке передать по факсу копию этой формы другим учреждениям.

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.

Если вам нужно больше места, чем отведено на форме запроса, вы можете приложить дополнительную страницу.

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

Просим переслать это разрешение или его отмену по одному из указанных номеров в зависимости от того, где вам предоставлялся уход:

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>Телефон: (206) 320-3850</p> <p>Факс : (206) 320-2626</p> <p>Электронная почта: ROI@swedish.org</p>	<p>Swedish Medical Group</p> <p>Телефон: (206) 320-3025</p> <p>Факс: (478) 238-9436</p> <p>Электронная почта: smgroi-wa@cioxhealth.com</p>
---	---

За этот запрос может взиматься плата.

Fees may be associated with this request.

Внимание: Медицинский центр Swedish и его филиалы больше не печатают и не предоставляют номера социального страхования пациентов, если это не требуется для выставления счетов. Однако номера социального страхования могут указываться в информации пациентов, которая была создана несколько лет назад. В запрашиваемых вами документах может указываться ваш номер социального страхования.



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.

Настоящим документом учреждение, его сотрудники, должностные лица и врачи освобождаются от какой-либо юридической ответственности или обязательств за передачу вышеуказанной информации в той степени, которая указана и разрешена настоящим документом.

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.

Центр Swedish Health Services и его Филиалы не допускают дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, возраста или инвалидности при осуществлении своих программ и мероприятий в области медицинского обслуживания. 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).



3600

**SWEDISH**

Patient Identification Sticker

ЗАЯВКА ПАЦИЕНТА НА ДОСТУП К ОПРЕДЕЛЁННОМУ КОМПЛЕКТУ ДОКУМЕНТОВ PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (RUSSIAN)

ФИО пациента: _____		ДР: _____	
Patient's Name:		DOB:	
Предыдущее фамилия или фамилии: _____		Телефон: _____	
Prior Name(s) Used:		Phone:	
Адрес пациента: _____			
Patient's Address:			
Город: _____	Штат: _____	Почтовый индекс: _____	
Город:	Штат:	Почтовый индекс:	
Адрес электронной почты пациента: _____			
Patient's Email:			
Прошу передать мои документы следующему лицу: Мне по указанному выше адресу <input type="checkbox"/> или следующему получателю <input type="checkbox"/> Please disclose my records to: Myself at the address above <input type="checkbox"/> or the following recipient <input type="checkbox"/>			
ФИО: _____		Адрес: _____	
Name:		Address:	
Город: _____	Штат: _____	Почтовый индекс: _____	
City:	State:	Zip Code:	
Телефон: _____	Факс: _____	Электронная почта: _____	
Phone:	Fax:	Email:	
Прошу переслать мои данные следующим способом: <input type="checkbox"/> MyChart <input type="checkbox"/> Электронная почта <input type="checkbox"/> Диск <input type="checkbox"/> Бумага <input type="checkbox"/> Факс 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			
Я запрашиваю информацию из следующих учреждений: Я, am requesting information from the following facility(s):			
Укажите больницу(ы) или ФИО медработника(ов)	И (ИЛИ)	Укажите клинику(и) или ФИО медработника(ов)	
List Hospital(s) or Provider Name(s)	AND/OR	List Clinic(s) or Provider Name(s)	



3600

**SWEDISH**

Patient Identification Sticker

За период с: _____ по: _____
 For the range of dates from: _____ to: _____

Информация, подлежащая передаче:

Information to be disclosed:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> История болезни и результаты осмотра
History & Physical | <input type="checkbox"/> Выписной эпикриз
Discharge Summary |
| <input type="checkbox"/> Протокол операции
Operative Report | <input type="checkbox"/> Отделение неотложной помощи
Emergency Department |
| <input type="checkbox"/> Отчёт о диагностике (лаборатория, рентген, EKG и т.д.)
Diagnostic Report (lab, x-ray, EKG, etc.) | <input type="checkbox"/> Отметки о течении болезни
Report Progress Notes |
| <input type="checkbox"/> Другое (укажите): _____
Other (specify): _____ | <input type="checkbox"/> Только за последние 2 года
Last 2 years only |

За этот запрос может взиматься плата. Некоторые документы не могут пересылаться по MyChart.
 Fees may be associated with this request. Some records are unavailable to receive via MyChart.

Подпись пациента: _____ Дата: _____
 (Распечатайте форму и подпишите от руки) (Print form and sign by hand)

ФИО представителя: _____ Дата: _____
 Representative Name: _____ Date: _____

Подпись представителя: _____ Отношение к пациенту: _____
 Representative Signature: _____ Relation to Patient: _____

(Распечатайте форму и подпишите от руки. Приложите сопроводительную документацию).
 (Print form and sign by hand. Please include supporting documentation.)



1ROI