



KAHILINGAN NG PASYENTE PARA MA-ACCESS SA NAKATAKDANG SET NG TALAAN PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (TAGALOG)

Sa ilang lugar, maaaring itago ng Swedish Health Services at ng mga kaanib nito ang mga talaan ng pasyente sa klinika nang hiwalay sa mga rekord ng pasyente sa ospital. Ikalulugod naming mag-fax ng kopya ng form na ito sa ibang pasilidad kapag hiniling.

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.

Maaari kang maglakip ng karagdagang pahina kung hindi pa sapat ang nasa form ng kahilingan. You may attach an additional page if more room is needed than provided on the request form.

Pakisumite ang form na ito sa isa sa mga lokasyon kung saan mo natanggap ang pangangalaga:

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

<p style="text-align: center;">Swedish Medical Center</p> <p style="text-align: center;">Release of Information</p> <p style="text-align: center;">747 Broadway, Seattle, WA 98122</p> <p style="text-align: center;">Telepono/ Phone: (206) 320-3850</p> <p style="text-align: center;">Fax/ Fax: (206) 320-2626</p> <p style="text-align: center;">Email/ Email: ROI@swedish.org</p>	<p style="text-align: center;">Swedish Medical Group</p> <p style="text-align: center;">Telepono/ Phone: (206) 320-3025</p> <p style="text-align: center;">Fax/ Fax: (478) 238-9636</p> <p style="text-align: center;">Email/ Email: smgroi-wa@cioxhealth.com</p>
---	--

Maaaring may bayad ang kahilingang ito.
Fees may be associated with this request.

Mahalaga: Hindi na nagpi-print o nagbibigay ng mga social security number ng pasyente ang Swedish at ang mga kaanib nito maliban na lang kung kinakailangan para sa pagsingil. Gayunpaman, maaaring kasama ang mga social security number sa mga talaan ng pasyente na mahigit ilang taon na. Maaaring kasama ang iyong social security number sa mga talaang iyong hinihiling.



3600



Patient Identification Sticker

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.

Ang pasilidad, kanilang mga empleyado, opisyal at mga manggagamot, sa pamamagitan nito, ay pinapalaya mula sa anumang legal na responsibilidad o sagutin para sa pagbubunyag ng impormasyon sa itaas hanggang sa saklaw na nabanggit at pinahintulutan dito.

Ang pasilidad, kanilang mga empleyado, opisyal at mga manggagamot, sa pamamagitan nito, ay pinapalaya mula sa anumang legal na responsibilidad o sagutin para sa pagbubunyag ng impormasyon sa itaas hanggang sa saklaw na nabanggit at pinahintulutan dito.

Walang diskriminasyon sa Swedish Health Services at Mga Kasosyo nito batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, kasarian, edad, o kapansanan sa kanilang mga programa at aktibidad na pangkalusugan.

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).



KAHILINGAN NG PASYENTE PARA MA-ACCESS SA NAKATAKDANG SET NG TALAAN PATIENT REQUEST TO DESIGNATED RECORD SET (TAGALOG)

Pangalan ng Pasyente: _____		DOB: _____	
Patient's Name:		DOB:	
(Mga) Pangalan na Ginamit Noon: _____		Telepono: _____	
Prior Name(s) Used:		Phone:	
Address ng Pasyente: _____			
Patient's Address:			
Lungsod: _____	Estado: _____	Zip Code: _____	
Lungsod:	Estado:	Zip Code:	
Email ng Pasyente: _____			
Patient's Email:			
Mangyaring ibunyag ang aking mga rekord sa:			
Aking sarili sa address sa itaas <input type="checkbox"/>		o sa sumusunod na tagatanggap <input type="checkbox"/>	
Please disclose my records to: Myself at the address above <input type="checkbox"/>		or the following recipient <input type="checkbox"/>	
Pangalan: _____		Address: _____	
Name:		Address:	
Lungsod: _____	Estado: _____	Zip Code: _____	
City:	State:	Zip Code:	
Telepono: _____	Fax: _____	Email: _____	
Phone:	Fax:	Email:	
Pakipadala ang mga rekord ko sa pamamagitan ng: <input type="checkbox"/> MyChart <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Disc <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Fax			
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			
Humihiling ako ng impormasyon mula sa sumusunod na (mga) pasilidad: Ako si am requesting information from the following facility(s):			
Ilista ang (mga) Ospital or (mga) Pangalan ng Provider	AT/O	Ilista ang (mga) Klinika or (mga) Pangalan ng Provider	
List Hospital(s) or Provider Name(s)	AND/OR	List Clinic(s) or Provider Name(s)	



3600



SWEDISH

Patient Identification Sticker

Para sa saklaw ng mga petsa mula sa: _____ hanggang sa: _____
For the range of dates from: _____ to: _____

Impormasyong ibubunyag:

Information to be disclosed:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kasaysayan & Pisikal
History & Physical | <input type="checkbox"/> Buod ng Paglabas
Discharge Summary |
| <input type="checkbox"/> Operative na ulat
Operative Report | <input type="checkbox"/> Emergency Department
Emergency Department |
| <input type="checkbox"/> Mga Ulat ukol sa Diagnosis (lab, x-ray, EKG, atbp.)
Diagnostic Report (lab, x-ray, EKG, etc.) | <input type="checkbox"/> Mga Tala ng Pag-unlad
Report Progress Notes |
| <input type="checkbox"/> Iba pa (tukuyin): _____
Other (specify): _____ | <input type="checkbox"/> Huling 2 taon lamang
Last 2 years only |

Maaaring may bayad ang kahilingang ito. Maaaring hindi available ang ilang rekord gamit ang MyChart.
Fees may be associated with this request. Some records are unavailable to receive via MyChart.

Pirma ng Pasyente: _____
(I-print ang form at lagdaan sa pamamagitan ng kamay)

Petsa: _____

Patient Signature: _____
(Print form and sign by hand)

Date: _____

Pangalan ng Kinatawan: _____
Representative Name: _____

Petsa: _____
Date: _____

Pirma ng Kinatawan: _____ Relasyon sa Pasyente: _____
Representative Signature: _____ Relation to Patient: _____

(I-print ang form at lagdaan sa pamamagitan ng kamay) Pakilakip ang mga pansuportang dokumento.)
(Print form and sign by hand. Please include supporting documentation.)



1ROI