



អ្នកជំងឺស្នើសុំការទទួលបានសំណុំឯកសារដែលបានកំណត់

PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (KHMER)

នៅតាមតំបន់មួយចំនួន Swedish Health Services និងដៃគូសហការ អាចរក្សាទុកសំណៅឯកសារគ្លីនិកព្យាបាលអ្នកជំងឺដាច់ដោយឡែកពីសំណៅឯកសារមន្ទីរពេទ្យព្យាបាលអ្នកជំងឺ។ យើងរីករាយនឹងធ្វើទូរសារនូវឯកសារចែកចម្លងនៃទម្រង់នេះទៅកន្លែងផ្សេងទៀតទៅតាមការស្នើសុំ។ លោកអ្នកអាចភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើមានតម្រូវការបន្ថែមលើសពីអ្វីដែលមានផ្តល់ជូននៅក្នុងទម្រង់ពាក្យសុំនេះ។

សូមដាក់សំណុំបែបបទទៅទីតាំងមួយក្នុងចំណោមទីតាំងទាំងនោះអាស្រ័យលើកន្លែងដែលអ្នកទទួលបានការថែទាំ៖

<p>Swedish Medical Center Release of Information 747 Broadway, Seattle, WA 98122 ទូរស័ព្ទ៖ (206) 320-3850 ទូរសារ៖ (206) 320-2626 អ៊ីម៉ែល៖ ROI@swedish.org</p>	<p>Swedish Medical Group ទូរស័ព្ទ៖ (206) 320-3025 ទូរសារ៖ (425) 454-2935 អ៊ីម៉ែល៖ smgroi-wa@cioxhealth.com</p>
--	---

ថ្លៃចំណាយនានាអាចជាប់ទាក់ទងនឹងសំណើសុំនេះ។

សំខាន់៖ មន្ទីរពេទ្យ Swedish និងដៃគូសហការ មិនមានបោះពុម្ព ឬចេញផ្សាយលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកជំងឺទៀតនោះទេ លើកលែងតែមានការចាំបាច់សម្រាប់ការចេញវិក័យប័ត្រ។ ក៏ប៉ុន្តែ លេខសន្តិសុខសង្គម អាចរួមបញ្ចូលនៅក្នុងសំណុំឯកសាររបស់អ្នកជំងឺដែលមានរយៈពេលច្រើនជាងពីរបីឆ្នាំ។ សំណុំឯកសារដែលលោកអ្នកស្នើសុំអាចរួមបញ្ចូលនៅលេខកូដសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នក។

កន្លែងព្យាបាល បុគ្គលិក មន្ត្រី និងគ្រូពេទ្យ គឺត្រូវរួចផុតពីបន្ទុក កម្មវិធីទទួលខុសត្រូវផ្លូវច្បាប់ សម្រាប់ការបញ្ចេញព័ត៌មានខាងលើទៅតាមកម្រិតដែលបានអនុញ្ញាត ឬបង្ហាញជូននៅក្នុងឯកសារនេះ។

Swedish Health Services និងដៃគូរបស់ខ្លួន មិនរើសអើងលើមូលដ្ឋានពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ជាតិកំណើត ភេទ អាយុ ឬពិការភាពនៅក្នុងកម្មវិធីសុខភាព និងសកម្មភាពរបស់ខ្លួនឡើយ។

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

អ្នកជំងឺស្នើសុំការទទួលបានសំណុំឯកសារដែលបានកំណត់
PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (KHMER)

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ: ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត:
ឈ្មោះផ្សេងទៀតដែលប្រើប្រាស់: ទូរស័ព្ទ:
អាសយដ្ឋានអ្នកជំងឺ:
ទីក្រុង: រដ្ឋ: ហ្សឺបកូដ:
អ៊ីមែលអ្នកជំងឺ:

សូមបង្ហាញឯកសាររបស់ខ្ញុំទៅ: ខ្លួនខ្ញុំផ្ទាល់នៅអាសយដ្ឋានខាងលើ ឬអ្នកទទួលដូចខាងក្រោម
ឈ្មោះ: អាសយដ្ឋាន:
ទីក្រុង: រដ្ឋ: ហ្សឺបកូដ:
ទូរស័ព្ទ: ទូរសារ: អ៊ីមែល:

សូមធ្វើឯកសាររបស់ខ្ញុំតាមរយៈ: MyChart អ៊ីមែល ឌីស ក្រដាស ទូរសារ

Table with 2 columns: រាយឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ ឬឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និង/ឬ បញ្ជីគ្លីនិក ឬឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា

សម្រាប់ជួរកាលបរិច្ឆេទពី: ដល់:

ព័ត៌មានដែលនឹងត្រូវបានបង្ហាញ:
ប្រវត្តិ & កាយសម្បទា ខ្លឹមសារសង្ខេបពីការចេញពីមន្ទីរពេទ្យ
របាយការណ៍ប្រតិបត្តិ របាយការណ៍នាយកដ្ឋានសង្គ្រោះបន្ទាន់
របាយការណ៍ធាតុនិច្ច័យ (មន្ទីរពិសោធន៍, ការស្នើអ៊ិច, EKG ជាដើម) កំណត់សំគាល់ពីការវិវត្ត
ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់): 2 ឆ្នាំចុងក្រោយប៉ុណ្ណោះ

ថ្ងៃចំណាយនានាអាចជាប់ទាក់ទងនឹងសំណើរសុំនេះ។ កំណត់ត្រាខ្លះមិនអាចប្រើបានតាមរយៈ MyChart.

ហត្ថលេខាអ្នកជំងឺ: កាលបរិច្ឆេទ:
(បោះពុម្ពបែបបទ និងចុះហត្ថលេខាដោយដៃ)
ឈ្មោះអ្នកតំណាង: កាលបរិច្ឆេទ:
ហត្ថលេខាអ្នកតំណាង: ទំនាក់ទំនងរវាងអ្នកជំងឺ:
(ឃ្លៀងឃ្លាតបែបបទ និងចុះ ៣លខ្ទង់ដៃ។ សូមប្តូរឯកសារទៀត។)