



3600



SWEDISH

Patient Identification Sticker

ຄໍາຮ້ອງຂໍເຂົ້າເຖິງລູກບັນທຶກທີ່ກຳນົດໄວ້ຂອງຄົນເຈັບ

PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (LAOTIAN)

ໃນບາງເຂດພື້ນທີ່, Swedish ແລະ ບັນດາສາຂາອາດຈະເກັບມ້ຽນບັນທຶກທາງຄລິນິກຂອງຄົນເຈັບໄວ້ແຍກຕ່າງຫາກຈາກບັນທຶກທາງໂຮງໝໍຂອງຄົນເຈັບ.

ພວກເຮົາຍິນດີແພ່ກສຳເນົາຂອງແບບຟອມນີ້ຫາສະຖານທີ່ອື່ນຕາມການຮ້ອງຂໍ.

ທ່ານສາມາດຕິດຄັດໜ້າເຈ້ຍເພີ່ມເຕີມໄດ້ຖ້າຕ້ອງການບ່ອນຫວ່າງເພີ່ມເຕີມນອກຈາກທີ່ໃຫ້ໄວ້ໃນແບບຟອມຄໍາຮ້ອງຂໍ.

ກະລຸນາສົ່ງແບບຟອມນີ້ຫາໜຶ່ງໃນສະຖານທີ່ເຫຼົ່ານີ້, ໂດຍຂຶ້ນກັບວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການດູແລຢູ່ໃສ:

Swedish Medical Center

Release of Information

747 Broadway

Seattle, WA 98122

ໂທລະສັບ: (206) 320-3850

ແຟັກ: (206) 320-2626

Swedish Medical Group

Centralized Services Department

800 5th Avenue, Suite 800

Seattle, WA 98104

ໂທລະສັບ: (206) 320-3025

ແຟັກ: 425-454-2935

ສຳຄັນ: Swedish ແລະ ບັນດາສາຂາ ບໍ່ພົມ ຫຼື ເປີດເຜີຍເລກປະກັນສັງຄົມຂອງຄົນເຈັບອີກຕໍ່ໄປ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າຈຳເປັນສຳລັບການຮຽກເກັບເງິນ. ແນວໃດກໍຕາມ, ອາດຈະລວມມີເລກປະກັນສັງຄົມຢູ່ໃນບັນທຶກຂອງຄົນເຈັບທີ່ມີອາຍຸຫຼາຍກວ່າສອງສາມປີ. ບັນທຶກທີ່ທ່ານກຳລັງຮ້ອງຂໍເອົາອາດຈະລວມມີເລກປະກັນສັງຄົມຂອງທ່ານ. ອາດຈະມີຄ່າທຳນຽມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຮ້ອງຂໍນີ້.

ສະຖານທີ່, ພະນັກງານ, ເຈົ້າໜ້າທີ່ ແລະ ແພດໝໍໃນທີ່ນີ້ໄດ້ຮັບການບົດບ່ອຍຈາກທຸກຄວາມຮັບຜິດຊອບທາງກົດໝາຍສຳລັບການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງໃນຂອບເຂດທີ່ກຳນົດໄວ້ ແລະ ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃນທີ່ນີ້.

ໜ່ວຍງານບໍລິການສຸຂະພາບສະວິເດັນ (Swedish Health Services) ແລະ ບັນດາສາຂາບໍ່ຈຳແນກຄວາມແຕກຕ່າງບົນພື້ນຖານເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ເພດ, ອາຍຸ, ຫຼື ຄວາມພິການຢູ່ໃນບັນດາໂຄງການ ແລະ ກິດຈະກຳຕ່າງໆຂອງພວກເຂົາ.

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີການບໍ່ລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ແກ່ທ່ານ.

ໂທຫາເບີ 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TTY: 711).

ATTENTION: If you speak English, you have at your disposal free language assistance services.

Call 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TTY: 711).



3600



SWEDISH

ຄໍາຮ້ອງຂໍເຂົ້າເຖິງຊຸດບັນທຶກທີ່ກຳນົດໄວ້ຂອງຄົນເຈັບ

PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (LAOTIAN)

Patient Identification Sticker

ນາມສະກຸນ: ຊື່: ຊື່ກາງ:

ວັນເດືອນປີເກີດ: ຊື່ອື່ນທີ່ໃຊ້:

ທີ່ຢູ່ປັດຈຸບັນ:

ເມືອງ: ລັດ: ລະຫັດໄປສະນີ: ໂທລະສັບ:

ທີ່ຢູ່ກ່ອນນີ້ ຖ້າຍ້າຍບ່ອນຢູ່ພາຍໃນ 2 ປີຜ່ານມາ.

ເມືອງ: ລັດ: ລະຫັດໄປສະນີ:

ສົ່ງບັນທຶກຂອງຂ້ອຍຜ່ານທາງ: ເຈ້ຍ ແຜ່ນດິສ MyChart ອີເມວ:

ຊື່ຜູ້ຮັບ: ຕີເບີ:

ທີ່ຢູ່ຜູ້ຮັບ:

ຂ້ອຍກຳລັງຮ້ອງຂໍບັນທຶກຈາກສະຖານທີ່ຕໍ່ໄປນີ້:

ໂຮງໝໍ/ຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ	ຄລີນິກ/ຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ສຳລັບໄລຍະວັນທີແຕ່: ຫາ:

ຊຸດເອກະສານທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ: ປະຫວັດ ແລະ ຮ່າງກາຍ ລາຍງານການຜ່າຕັດ ລາຍງານການບົ່ງມະຕິ ສັງລວມການອອກໂຮງໝໍ ລາຍງານ ED ບັນທຶກການກວດຢູ່ຫ້ອງການ

ແຜ່ນຊີວິດຂອງຜົມການບົ່ງມະຕິ (ກະລຸນາບອກວັນທີ/ເວລາ):

ບັນທຶກທັງໝົດ

ອື່ນໆ (ລະບຸເຈັ່ງ):

ຄົນເຈັບ/ຜູ້ຕາງໜ້າສ່ວນຕົວ
ເຊັນບ່ອນນີ້: _____ ວັນທີ: _____
(ຂຽນຊື່ ແລະ ເຊັນບ່ອນນີ້)

ຖ້າແມ່ນຜູ້ຕາງໜ້າສ່ວນຕົວ: ຂຽນຊື່ເບັນຕົວພິມ: <input type="text"/>	ການໃຊ້ພາຍໃນເທົ່ານັ້ນ ວັນທີ _____ ບັນທຶກ: _____ ກວດສອບ ID ໂດຍ: _____
ລາຍລະອຽດສິດອຳນາດ: <input type="text"/>	