



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

នៅតាមតំបន់មួយចំនួន Swedish Health Services និងដៃគូសហការ អាចរក្សាទុកសំណុំឯកសារ គ្លីនិកព្យាបាលអ្នកជំងឺដាច់ដោយឡែកពីសំណុំឯកសារមន្ទីរពេទ្យព្យាបាលអ្នកជំងឺ។ យើងរីករាយនឹង ផ្ញើទូរសារឯកសារថតចម្លងនៃទម្រង់នេះទៅកន្លែងផ្សេងទៀតទៅតាមការស្នើសុំ។

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.

លោកអ្នកអាចភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើមានតម្រូវការបន្ថែមលើសពីអ្វីដែលមានផ្តល់ជូននៅក្នុង ទម្រង់ពាក្យសុំនេះ។

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

សូមដាក់សំណុំបែបបទទៅទីតាំងមួយក្នុងចំណោមទីតាំងទាំងនោះអាស្រ័យលើកន្លែងដែលអ្នកទទួលបានការ ថែទាំ៖

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>ទូរស័ព្ទ/ Phone៖ (206) 320-3850</p> <p>ទូរសារ/ Fax៖ (206) 320-2626</p> <p>អ៊ីម៉ែល/ Email៖ ROI@swedish.org</p>	<p>Swedish Medical Group</p> <p>ទូរស័ព្ទ/ Phone៖ (206) 320-3025</p> <p>ទូរសារ/ Fax៖ (478) 238-9436</p> <p>អ៊ីម៉ែល/ Email៖ smgroi-wa@cioxhealth.com</p>
--	---

ថ្លៃចំណាយនានាអាចជាប់ទាក់ទងនឹងសំណើសុំនេះ។

Fees may be associated with this request.

ព័ត៌មានសំខាន់៖ មន្ទីរពេទ្យ Swedish និងដៃគូសហការ មិនមានបោះពុម្ព ឬចេញផ្សាយលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកជំងឺទៀតនោះទេ លើកលែងតែមានការចាំបាច់សម្រាប់ការចេញវិក្កយបត្រ។ ក៏ប៉ុន្តែ លេខសន្តិសុខសង្គម អាចរួមបញ្ចូលនៅក្នុងសំណុំឯកសាររបស់អ្នកជំងឺ ដែលមានរយៈពេល ច្រើនជាងពីប្រាំបីឆ្នាំ។ កំណត់ត្រាដែលអ្នកកំពុងស្នើសុំ អាចរួមបញ្ចូលលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នក។

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.

កន្លែងព្យាបាល បុគ្គលិក មន្ត្រី និងគ្រូពេទ្យ គឺត្រូវរួចផុតពីបន្ត កម្មវត្ថុលទ្ធផលត្រូវផ្លូវច្បាប់ សម្រាប់ ការបញ្ចេញព័ត៌មានខាងលើទៅតាមកម្រិតដែលបានអនុញ្ញាត ឬបង្ហាញជូននៅក្នុងឯកសារនេះ។

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 និងដៃគូរបស់ខ្លួន មិនរើសអើងលើមូលដ្ឋានពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ជាតិកំណើត ភេទ អាយុ ឬពិការភាពនៅក្នុងកម្មវិធីសុខភាពនិងសកម្មភាពរបស់ខ្លួនឡើយ។

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).



Patient Identification Sticker

អ្នកជំងឺស្នើសុំការទទួលបានសំណុំឯកសារដែលបានកំណត់

PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (KHMER)

ឈ្មោះ អ្នកជំងឺ: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: _____
 Patient's Name: _____ DOB: _____

ឈ្មោះដែលប្រើប្រាស់ពីមុន: _____ ទូរស័ព្ទ: _____
 Prior Name(s) Used: _____ Phone: _____

អាសយដ្ឋានអ្នកជំងឺ: _____
 Patient's Address: _____

ទូរស័ព្ទ: _____ ទូរសារ: _____ អ៊ីម៉ែល: _____
 Phone: _____ Fax: _____ Email: _____

អ៊ីម៉ែលអ្នកជំងឺ: _____
 Patient's Email: _____

សូមបង្ហាញកំណត់ត្រារបស់ខ្ញុំទៅ: ខ្ញុំខ្លួនឯងនៅខាងអាសយដ្ឋានខាងលើ ឬអ្នកទទួលដូចខាងក្រោម
 Please disclose my records to: Myself at the address above or the following recipient

ឈ្មោះ: _____ អាសយដ្ឋាន: _____
 Name: _____ Address: _____

ទីក្រុង: _____ រដ្ឋ: _____ ហ្ស៊ីបកូដ: _____
 City: _____ State: _____ Zip Code: _____

ទូរស័ព្ទ: _____ ទូរសារ: _____ អ៊ីម៉ែល: _____
 Phone: _____ Fax: _____ Email: _____

សូមផ្ញើកំណត់ត្រារបស់ខ្ញុំតាម: MyChart អ៊ីម៉ែល ឌីស ក្រដាស ទូរសារ
 Please send my records via: MyChart Email Disc Paper Fax

ខ្ញុំស្នើសុំព័ត៌មានពីកន្លែងដូចខាងក្រោម:
I am requesting information from the following facility(s):

ឈ្មោះរបស់មន្ទីរពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់ឯកសារ	និង/ឬ	ឈ្មោះគ្លីនិក ឬអ្នកផ្តល់ឯកសារ
List Hospital(s) or Provider Name(s)	AND/OR	List Clinic(s) or Provider Name(s)

សម្រាប់ជួរនៃកាលបរិច្ឆេទចាប់ពី: _____ ដល់: _____
 For the range of dates from: _____ to: _____



3600



SWEDISH

Patient Identification Sticker

ព័ត៌មានដែលនឹងត្រូវបានបង្ហាញ៖

Information to be disclosed:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ប្រវត្តិ និងកាយសម្បទារ
History & Physical | <input type="checkbox"/> ខ្លឹមសារសង្ខេបពីការចេញពីមន្ទីរពេទ្យ
Discharge Summary |
| <input type="checkbox"/> របាយការណ៍វះកាត់
Operative Report | <input type="checkbox"/> នាយកដ្ឋានសង្គ្រោះបន្ទាន់
Emergency Department |
| <input type="checkbox"/> របាយការណ៍រោគវិនិច្ឆ័យ (មន្ទីរពិសោធន៍, ការស្តីអ៊ិច, EKG ជាដើម)
Diagnostic Report (lab, x-ray, EKG, etc.) | <input type="checkbox"/> របាយការណ៍កំណត់សំគាល់ពីការវិវត្ត
Report Progress Notes |
| <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់៖ _____)
Other (specify): | <input type="checkbox"/> ឆ្នាំចុងក្រោយប៉ុណ្ណោះ
Last 2 years only |

ថ្លៃចំណាយនានាអាចជាប់ទាក់ទងនឹងសំណើសុំនេះ។ កំណត់ត្រាខ្លះមិនអាចប្រើបានតាមរយៈ MyChart ។
Fees may be associated with this request. Some records are unavailable to receive via MyChart.

ហត្ថលេខាអ្នកជំងឺ៖ _____
(បោះពុម្ពបែបបទ និងចុះហត្ថលេខាដោយដៃ)
Patient Signature: (Print form and sign by hand)

កាលបរិច្ឆេទ៖ _____
Date:

ឈ្មោះអ្នកតំណាង៖ _____
Representative Name:

កាលបរិច្ឆេទ៖ _____
Date:

ហត្ថលេខាតំណាង _____ ទំនាក់ទំនងនឹងអ្នកជំងឺ៖ _____
Representative Signature: Relation to Patient:

(បោះពុម្ពប្រុងបែបបទ ហើយចុះហត្ថលេខាដោយដៃ។ សូមរួមបញ្ចូលឯកសារគាំទ្រ។)
(Print form and sign by hand. Please include supporting documentation.)



1ROI