



ФИО (печатными буквами): _____
Идентификационный номер (номер амбулаторной карты, первичный номер или номер истории болезни и т. д.): _____
Дата рождения: ____

## Запрос о предоставлении доступа к охраняемой информации о состоянии собственного здоровья

Вы можете получить доступ к информации о собственном здоровье через MyChart на сайте <https://mychart.ochin.org>

Прошу предоставить мне доступ к документам или информации следующего типа (а также к датам, если применимо):

---

---

---

Направьте мою информацию по адресу: (выбрать только одно)

Отправить бумажный экземпляр запрашиваемой информации почтой США по адресу:

---

---

Отправить электронный экземпляр. Примечание: информация будет отправлена на указанный ниже адрес электронной почты защищенным (зашифрованным) электронным письмом, если не предусмотрено иного.

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Непосредственно означенному третьему лицу, указанному ниже.

ФИО (печатными буквами):	Номер телефона:
Почтовый адрес:	

\*За копирование документации может взиматься плата.

Подпись физического лица или уполномоченного личного представителя:	Дата:
Если личный представитель, то в каких отношениях с физическим лицом:	

**Health Information Services**  
619 NW 6th Avenue, 9th Floor  
Portland, OR 97209  
Телефон: 503-988-3997  
Факс: 503-988-4088  
Электронная почта: [Medical.Records.Request@multco.us](mailto:Medical.Records.Request@multco.us)