



姓名（请用正楷书写）： _____
身份证号码（病历号、评级号或案例号等）： _____
出生日期：_____

请求访问本人受保护健康信息

可通过MyChart访问本人的健康信息，网址：<https://mychart.ochin.org>

本人请求访问以下类型的记录或信息（以及日期，如果适用）：

将本人信息发送至：（仅选择一项）

通过美国邮件将所需信息的纸质副本寄送至以下地址：_____

发送电子副本。注：通过以下方式将信息发送至下面提供的电子邮件地址
除非另有说明，否则确保电子邮件安全（加密）。电子邮箱地址：_____

直接发送给下面列出的指定第三方。

姓名（请用正楷书写）：	电话号码：
邮寄地址：	

*可能收取记录复印费。

个人或授权个人代表签名：	日期：
如属个人代表，与相关个人的关系：	

收件方：Health Information Services
地址：619 NW 6th Avenue, 9th Floor Portland, OR 97209
电话：503-988-3997
传真：503-988-4088
电子邮箱：Medical.Records.Request@multco.us