

Tên (Vui Lòng Viết In Hoa): \_\_\_\_\_  
Số ID (Số Hồ Sơ Bệnh Án (Medical Record Number, MRN), Số Prime hoặc Số Trường Hợp, v.v.): \_\_\_\_\_  
Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

## Yêu Cầu Quyền Truy Cập Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ của Chính Mình

Quý vị có thể truy cập thông tin sức khỏe của mình thông qua MyChart tại <https://mychart.ochin.org>

**Tôi yêu cầu quyền truy cập các loại hồ sơ hoặc thông tin sau đây (và ngày, nếu có):**

---

---

---

**Gửi thông tin của tôi đến: (chỉ chọn một)**

☐ Gửi bản sao giấy thông tin được yêu cầu thông qua dịch vụ bưu chính Hoa Kỳ đến địa chỉ này:

---

---

☐ Gửi bản sao điện tử. Lưu ý: Thông tin sẽ được gửi đến địa chỉ email được cung cấp dưới đây thông qua

email bảo mật (mã hóa) trừ khi có chỉ định khác. **Địa chỉ email:** \_\_\_\_\_

☐ Trực tiếp đến bên thứ ba được chỉ định được nêu dưới đây.

|                             |                |
|-----------------------------|----------------|
| Tên (Vui Lòng Viết In Hoa): | Số Điện Thoại: |
| Địa Chỉ Gửi Thư:            |                |

\*Quý vị có thể bị tính phí cho việc sao chép hồ sơ của mình.

|                                                               |       |
|---------------------------------------------------------------|-------|
| Chữ Ký của Cá Nhân hoặc Người Đại Diện Cá Nhân Được Ủy Quyền: | Ngày: |
| Nếu là Người Đại Diện Cá Nhân, nêu mối quan hệ với Cá Nhân:   |       |

**Bộ Phận Dịch Vụ Thông Tin Sức  
Khỏe 619 NW 6th Avenue, 9th  
Floor Portland, OR 97209  
Điện thoại: 503-988-3997  
Fax: 503-988-4088  
Email: [Medical.Records.Request@multco.us](mailto:Medical.Records.Request@multco.us)**