

法定姓名: _____ 出生日期: _____

其他姓名 (若不同于法定姓名): _____

电话号码: _____

您希望我们将您的记录交给谁?

我本人 除我本人以外的下列人士 (必须填写受保护健康信息
披露授权表格)

法定监护人 姓名: _____
电话: _____

您希望获取您健康记录中的哪些信息? (请说明详情)

您希望我们如何提供这些记录?

当面查看 领取副本 传真: _____

安全电子邮件: _____

邮寄 (提供地址): _____

其他 (提供详情): _____

个人 / 法定监护人签名

正楷姓名

日期

将本表格交回给:

电子邮件: BHBillingandRecords@clackamas.us

传真: 503-742-5312

邮件: 11211 SE 82nd Avenue, Suite 0 Happy Valley, OR 97086

电话: 503-742-5335