

Имя, фамилия согласно документам: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Имя, фамилия, если отличается от того, что указано в документах:  
\_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_

Кому бы вы хотели передать свои записи?

\_\_\_\_\_ Самому(-ой) себе \_\_\_\_\_ Лицу, указанному ниже, кроме меня самого(-ой)  
(необходимо заполнить Бланк выдачи  
разрешения на раскрытие защищенной  
медицинской информации)

\_\_\_\_\_ Законный опекун \_\_\_\_\_ Имя, фамилия:  
Телефон: \_\_\_\_\_

Какую информацию из ваших медицинских записей вы хотели бы получить?  
(пожалуйста, укажите подробности)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Как бы вы хотели осуществить передачу этих записей?

\_\_\_ Ознакомиться лично \_\_\_ Получить копию \_\_\_ По факсу: \_\_\_\_\_

\_\_\_ По защищенной электронной почте: \_\_\_\_\_

\_\_\_ По почте (укажите адрес): \_\_\_\_\_

\_\_\_ Другим способом (укажите подробно): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Подпись лица/законного  
опекуна

\_\_\_\_\_  
Имя, фамилия  
печатными буквами

\_\_\_\_\_  
Дата

Передайте этот документ:

**По эл. почте:** [BNBillingandRecords@clackamas.us](mailto:BNBillingandRecords@clackamas.us)

**По факсу:** 503-742-5312

**По почте:** 11211 SE 82nd Avenue, Suite O Happy Valley, OR 97086

**По телефону:** 503-742-5335