

Tên Hợp Pháp: _____ Ngày sinh: _____

Tên nếu Khác với Tên Pháp lý: _____

Điện thoại: _____

Quý vị muốn chúng tôi cung cấp hồ sơ của quý vị cho ai?

| | |
|------------------------------|---|
| _____ Bản thân tôi | _____ Người sau đây ngoài bản thân tôi (<i>phải hoàn thành Mẫu đơn Ủy quyền Tiết lộ Thông tin Sức khỏe được Bảo vệ</i>) |
| _____ Người Giám hộ Hợp pháp | Tên: _____ |
| | Điện thoại: _____ |

Quý vị muốn thông tin gì từ hồ sơ sức khỏe của mình? (vui lòng nêu chi tiết)

Quý vị muốn chúng tôi cung cấp những hồ sơ này như thế nào?

___Xem Trực tiếp Tại nơi ___Đến Nhận Bản sao ___Fax: _____

___Email An toàn: _____

___Thư bưu chính (cung cấp địa chỉ): _____

___Khác (ghi chi tiết): _____

Chữ ký của Cá nhân/
Người Giám hộ Hợp pháp

Tên Viết Chữ In:

Ngày

Gửi trả mẫu đơn này về:

Email: BHBillingandRecords@clackamas.us

Fax: 503-742-5312

Thư bưu chính: 11211 SE 82nd Avenue, Suite O Happy Valley, OR 97086

Điện thoại: 503-742-5335