Health, Housing & Human Services
CLACKAMAS COUNTY

索取您自己的健康紀錄 Clackamas 縣行為健康部

法定姓名：_____ 出生日期：_____

姓名（如與法定姓名不同）：_____ 電話號碼：_____

您希望我們將您的紀錄提供給誰？

_____ 我本人

_____ 我本人以外的下列人士
（必須填寫受保護健康資訊披露授權書表格）

_____ 法定監護人

姓名：_____
電話：_____

您需要您健康紀錄中的哪些資訊？（請包含詳細資訊）

_____

_____

您希望我們透過什麼方式提供這些紀錄？

___現場查看 ___領取副本 ___傳真：_____

___安全電子郵件：_____

___郵寄（請提供地址）：_____

___其他（請提供詳細資訊）：_____

_____ _____ _____
個人／法定監護人簽名 正楷姓名 日期

請將本表格交還至：

電子郵件： BHBillingandRecords@clackamas.us **傳真：** 503-742-5312

郵寄： 11211 SE 82nd Avenue, Suite O Happy Valley, OR 97086 **電話：** 503-742-5335