

Офіційне ім'я: \_\_\_\_\_ Дата народження: \_\_\_\_\_

Ім'я, якщо воно відрізняється від офіційного: \_\_\_\_\_

Номер телефону: \_\_\_\_\_

Кому ви хотіли б, щоб ми передали ваші записи?

\_\_\_\_\_ Мені

Така особа крім мене

(потрібно заповнити форму дозволу на розкриття захищеної медичної інформації)

\_\_\_\_\_ Законний опікун

Ім'я: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Яку інформацію зі своїх медичних записів ви хотіли б отримати?  
(вказіть подробиці)

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

Як би ви хотіли, щоб ми надали ці записи?

\_\_\_ Переглянути особисто \_\_\_ Забрати копію \_\_\_ Факс \_\_\_\_\_

\_\_\_ Захищена електронна пошта: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Пошта (вказіть адресу): \_\_\_\_\_

\_\_\_ Інше (вказіть подробиці): \_\_\_\_\_

Підпис фізичної особи/  
законного опікуна

Ім'я друкованими  
літерами

Дата

Повернути цю форму:

**Електронна пошта:** [BNBillingandRecords@clackamas.us](mailto:BNBillingandRecords@clackamas.us)

**Факс:** 503-742-5312

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

**Телефон:** 503-742-5335