



私は、Diagnostic Laboratory Services, Inc. が myDLSchart.com にアクセスするための事前登録を行うことを許可します。
特に記載のない限り、すべての項目が必須です。

苗字: _____ 生年月日 (月/日/年): _____ / _____ / _____

ファーストネーム: _____ 電話番号: _____

ミドルネーム: _____ 電子メール: _____

住所: _____ 都市 州 郵便番号: _____ / _____ / _____

主治医: _____ 最終サービス日 (MM/DD/YYYY): _____ / _____ / _____

(必須ではありませんが、推奨されます) (必須ではありませんが、推奨されます)

この承認は任意です。私は、この承認書への署名を拒否できること、および Diagnostic Laboratory Services, Inc. が、連邦プライバシー法で許可されている以下の場合を除き、私のサービスを受ける能力や支払い、または給付の資格に条件を付けたり影響を与えたりしないことを理解しています。(i) 研究関連、(ii) 第三者への開示のみを目的として提供される医療、(iii) 健康保険プランの初期登録/資格の決定、引受、またはリスク評価の決定。

私は、Diagnostic Laboratory Servicesのクライアント サービス部門に書面で通知することにより、いつでもこの承認を取り消すことができることを理解しています。これについては、QHS 関連対象事業体のプライバシー慣行に関する通知に記載されています。この許可に基づいてすでに公開された情報には、取り消しは適用されないことを理解しています。

この承認に基づいて公開された健康情報は、受信者によって再公開され、連邦プライバシー規制の下で保護されなくなる可能性があることを理解しています。

私は、情報の開示に関連するいかなる性質のいかなる責任および請求からも Diagnostic Laboratory Servicesを免責します。

イニシャル _____ オンラインで結果にアクセスできない場合、私は、この記入済みフォームにより、DLS が要求に応じて上記の住所に結果のコピーを郵送できることを認めます。

署名: _____ 日付 _____

患者または代理人

リクエストの処理には最大 1~2 営業日がかかります。 リクエストが処理されると、アカウントを有効化するための詳細な手順が記載されたメールが届きます。提供された情報のさらなる明確化や妥当性により、この期間が延長される可能性があります。このような場合、必要な情報がすべて確認されるまで検査結果は保留されます。すべてのリクエストはファイルに保存され、必要に応じて問い合わせることができます。

研究室での使用のみ クライアント サービス:

受信日/受信者: _____

患者IDの確認者: _____

処理日/イニシャル: _____

お願いします

- 読みやすいように印刷します。
- フォームに署名し、日付を記入します。
- 記入済みのフォームを政府発行の身分証明書 (パスポート、運転免許証、州発行の身分証明書など) と一緒に写真に撮ります。政府発行の身分証明書は、フォーム上の患者情報と一致している必要があります。
- 記入済みのフォームの写真を政府発行の身分証明書と一緒に **help@mydischart.com** にメールで送信します。

* DLS への電子メール通信は暗号化されない場合があることに注意してください。

政府発行の身分証明書をここに提示してください
(例: パスポート、運転免許証、州発行の身分証明書など)。