

このフォームはDiagnostic Laboratory Services, Inc. (DLS)が、MyDLSChart内にあるあなたの医療情報を指定した成人代理人に提供することを許可するためのものです。よくお読みください。

このフォームは、別の成人代理人による、MyDLSChart 患者ポータルを経由しての医療情報へのアクセスを許可する患者によって記入されなくてはなりません。フォーム1-AAは、最寄りにあるDLSの出先に行くか、オンラインでwww.MyDLSChart.comにアクセスするかしてください。

PSC: ユーザー ID: \_\_\_\_\_

Loc \_\_\_\_\_

(クライアントサービスに送付: IDのコピー、出生証明両面および/もしくはフォームPOA)

顧客サービス

受領日:

請求承認者:

処理日/イニシャル:

患者のフルネーム (名字、名前、ミドルネームのイニシャル): \_\_\_\_\_

SSNの下四桁: \_\_\_\_\_ 生年月日 (月月/日日/年年年): \_\_\_\_\_

私は (代理人名を挿入)が私のMyDLSChartアカウントで利用可能な医療情報にアクセスすることを認可します。この人物は、私のMyDLSChart指定代理人です。MyDLSChartの医療情報は私の電子医療情報から得られるものであり、DLSの全ての臨床検査室サービスの情報を含んでいる可能性があることを理解しています。

私のMyDLSChartに含まれるすべての医療情報を、指定した代理人に提供することを許可します。そこには、MyDLSChartに含まれる以下のあらゆる情報を含みます: 後天性免疫不全症候群とARCもしくはHIV、アルコールや薬物乱用、問題行動のサービス。この認可は私のMyDLSChartを通じた情報提供にのみ適用されると理解しています。このフォームは、他の方法やフォームにより指定代理人に医療情報が提供されることを承認していません。

MyDLSChartを通じていったん代理人情報が開示されれば、代理人によって再開示され、連邦の個人情報規制によって守られないことを理解しています。

MyDLSChartへの参加とMyDLSChart代理人の指定は完全に自発的なものです。MyDLSChartの代理人指定を要求されることはなく、この承認の提供を求められることもないことを理解しています。また、この承認を提供しても、DLSと私の医療提供者が、私への医療ケアや支払い、登録、恩恵を受ける資格について条件を設けることはないことを理解しています。

この承認はすべて、リンクした日から1年より前に失効します。DLS Client Services at Diagnostic Laboratory Services, Inc. (99-859 Iwaiwa Street Aiea, HI 96701)に無効化を要求する文書を提出することで、いつでも承認を無効にできることを理解しています。もし私がこの承認を無効にした場合、指定代理人による私のMyDLSChart記録へのアクセスは、無効化要求を受領してから5営業日以内に終了することを理解しています。また、無効化は、承認により既に開示されたあらゆる情報については適用されないことを理解しています。

患者のサイン (もしくは人格代理人)

署名日

活字体の署名者名

患者以外の人サインの場合、患者のために署名する権限 (例:保護者である) を示し、該当する文書を添えてください: \_\_\_\_\_