

このフォームは、あなたのご息の臨床検査結果を代理請求するためのものです。ハワイ州では14歳未満（医療ケアに関する未成年の法的行為能力HRS 577A-1とHRS 577A-2をご参照ください）、グアムやサイパンでは18歳未満です。

お子様の臨床検査結果にアクセスするには、親や法的保護者は有効なMyDLSChartアカウントを持つ必要があります。有効なアカウントがない場合、代理人請求は承認されません。

必要な文書についての表をご覧ください記入したフォームや文書は以下の方法で提出できます：MyDLSChartへのアップロード、help@mydlschart.comへのメール、Diagnostic Laboratory Services, Inc., Client Services Department, 99-859 Iwaiwa Street, Aiea, HI 96701への郵送。

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:

代理を請求する **親** は以下の文書を提出してください:

1. 有効な政府発行の写真ID
2. 同じ有効IDを有する親の自撮り画像
3. お子様の出生証明 (表)
4. お子様の出生証明 (裏)
5. 記入済みフォーム3-CA (2ページ)

代理を請求する **法的保護者** は以下の文書を提出してください:

1. 有効な政府発行の写真ID
2. 同じ有効IDを有する法的保護者の自撮り画像
3. 法的保護者証明
4. 記入済みフォーム3-CA (2ページ)

親/法的保護者と子どもの情報: 全項目の記入が必須です。不完全なフォームは処理されず、必要な情報が不足した状態で受け付けたフォームは安全に破棄されます。複数の子どもの代理アクセスを希望する場合、それぞれのフォーム3-CAを提出してください。

親/法的保護者

名前 (名字, 名前, ミドルネームのイニシャル): _____

生年月日: _____ **電話番号:** _____

電子メール: _____

住所: _____

子ども

名前 (名字, 名前, ミドルネームのイニシャル): _____

生年月日: _____

MyDLSChart の同意事項

親/保護者代理人として、以下を理解しています:

- MyDLSChartは機密医療情報のオンラインでの安全な情報源であることを意図しています。
- MyDLSChartは緊急時に使用されません。
- MyDLSChartの使用は自発的なもので、使用するようには要求されるものではありません。
- 秘密のパスワードの選択や、安全な状態での維持、何らか不正アクセスを受けたとみられる際の変更は、私の責任の下で行われます。私のMyDLSChart IDとパスワードを他人と共有した場合、その人物は私と子どもの医療情報だけでなく、私をMyDLSChart代理に指定したあらゆる個人の情報を閲覧できる可能性があります。
- 他人の臨床検査レポートへの代理アクセスが認められた場合、私は私自身のMyDLSChartアカウントにログインして、子どもの臨床検査レポートにオンラインでアクセスしなければなりません。
- MyDLSChart内での私の行動は、コンピューター監査によって追跡され、私が行ったエントリは医療記録の一部となります。
- MyDLSChartへのアクセスは、患者の都合を考えて、Diagnostic Laboratory Services, Inc. (DLS) によって行われます。DLSには、いついかなる人に対しても、MyDLSChartへのアクセスを無効化する権限があります。

以下の署名により、MyDLSChartサイトの利用規約を順守することに同意します。これらの利用規約はMyDLSChartでも閲覧できます。

親/法的な保護者の署名 (必須)

日付 (必須)