



환자의 보호 건강 정보 공개 사용을 위한 등록 지원

본인은 Diagnostic Laboratory Services, Inc.에 권한을 부여하여 다음에 대해 myDLSchart.com으로의 액세스를 사전 등록합니다.

특별한 언급이 없는 이상 모든 필드는 필수 입력 항목입니다.

성: _____ 생년월일(월/일/년): _____ / _____ / _____

이름: _____ 전화번호: _____

중간 이름: _____ 이메일 주소: _____

거리명 주소: _____ 시/주/우편번호: _____ / _____ / _____

주치의: _____ 마지막 진료일(월/일/년): _____ / _____ / _____

(필수 항목 아니지만 권장 항목) (필수 항목 아니지만 권장 항목)

이 인증은 자발적인 것입니다. 본인은 이 승인에 서명하는 것을 거부할 수 있습니다. 그리고 Diagnostic Laboratory Service, Inc.가 연방 개인정보 보호 법률에 의거하여 승인한 (i) 연구 관련, 또는 (ii) 제 3자 제공을 목적으로 제공되는 건강 보험 또는 (iii) 건강 보험 제품 최초 등록/자격 심사, 언더라이팅 또는 위험 평가 심사를 제외하고는 서비스 또는 비용을 지급 받을 본인의 능력이나 승인에 얻는 혜택의 자격과 관련해 어떤 영향을 미치거나 영향을 주지 않을 것임을 이해합니다.

본인은 Diagnostic Laboratory Service 고객 서비스 부서를 통해 서면으로 이 승인을 언제라도 철회할 수 있다는 것을 이해합니다. 이것은 QHS 관련 적용 대상 개인정보처리 지침 공지에 설명되어 있습니다. 본인은 이 승인 철회가 본 승인 건을 통해 이미 외부에 공개된 정보에 대해서는 적용되지 않는다는 것을 이해합니다.

본인은 이 승인에 따라 공개된 건강 정보는 수취인에 의해 다시 공개될 수 있으며 더 이상 연방 개인정보 보호 규정에 의거해 보호되지 않음을 이해합니다.

본인은 Diagnostic Laboratory Services, Inc.에게 정보 공개와 관련해 적용될 수 있는 모든 형태의 법적 책임을 지우지 않겠습니다.

이니셜 서명: _____ 본인이 본인에 대한 실험 결과를 온라인으로 확인할 수 없다면 이 작성된 양식을 통해 요청이 있을 때 DLS가 본인에 대한 실험 결과를 상기 주소로 보낼 수 있음에 동의합니다.

서명: _____ 날짜 _____

환자 또는 인격 대리인

귀하의 요청을 처리하기까지 3영업일이 소요됩니다. 귀하의 요청이 처리되면, 귀하의 계정을 활성화하는 것에 대한 추가 안내 사항이 담긴 메일을 받으시게 될 겁니다. 제공된 정보에 대한 추가 확인 및/또는 인증 과정에 따라 소요 시간이 더 길어질 수 있습니다. 이 경우 실험 결과는 모든 필요 정보가 확인되기 전까지 제공이 보류될 수 있습니다. 모든 요청은 기록되며 필요에 따라 확인을 요청할 수 있습니다.

실험실 전용 클라이언트 서비스:

수령 날짜/제공자: _____

환자 ID 확인 담당자: _____

처리/서명일: _____

부탁드립니다.

1. 읽기 쉽게 인쇄하세요.
2. 서류에 날짜를 기입하고 서명하세요.
. 정부 발급 신분증(예시: 여권, 운전면허증 또는 주 발급 신분증)과 함께, 작성을 완료한 본 서류의 사진을 찍으세요. 정부가 발급한 신분증은 서류에 작성된 환자의 정보와 일치해야 합니다.

4. 정부 발급 신분증과 함께 찍은 작성 서류의 사진을 help@mydischart.com에 이메일로 보내십시오.

*DLS와의 이메일 소통은 암호화되지 않을 수 있음을 유의하십시오.

정부 발급 신분증을 여기에 올려 놓으세요

(예시: 여권, 운전면허증 또는 주 발급 신분증).