

귀하가 의료 관리를 돕고 있는 다른 성인(18세 이상)을 대리해 해당 인원의 MyDLSChart 정보 열람 권한을 요청하고자 할 경우 본 양식을 작성해 주세요. 요청자는 활성 상태의 MyDLSChart 계정을 보유해야 합니다. 활성 상태의 계정이 없을 경우 대리 요청은 승인되지 않습니다.

MyDLSChart 환자 포털 내 의료 정보 공개를 승인하기 위해서는 환자 본인 또는 환자의 법정 대리인이 반드시 이 서류에 서명해야 합니다. 환자의 차트는 귀하의(대리인의) MyDLSChart 계정을 통해 열람할 수 있습니다

PSC: 사용자 ID: _____

Loc _____

(클라이언트 서비스로 전달: 신분증 사본, 출생증명서 양면 사본, 및/또는 위임장을 주요 문서와 함께 전달)

클라이언트 서비스

수령 날짜:

요청 승인일:

처리일/이니셜:

환자는 대리인을 지정할 경우, 아래 표를 참조하여 필요한 양식 및 서류를 제출하시기 바랍니다. 서류는 다음 방법을 통해 제출할 수 있습니다: MyDLSChart에 업로드, help@mydlschart.com으로 이메일 발송, 또는 Diagnostic Laboratory Services, Inc., Client Services Department, 99-859 'Iwa'iwa Street, 'Aiea, HI 96701으로 우편 발송.

<p>성인이 특정 의료 위임장(POA)을 소지하고 있으며 18세 이상의 다른 성인에 대한 대리인 요청을 하는 경우, 다음 서류를 제출하십시오.</p>	<p>POA를 소지하지 않은 성인이 18세 이상의 다른 성인에 대한 대리인 요청을 하는 경우, 다음 서류를 제출하십시오.</p>
<p>요청자</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 사진이 포함된 정부 발행 유효 신분증 2. 같은 유효 신분증을 들고 있는 셀카 이미지 	<p>요청자</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 사진이 포함된 정부 발행 유효 신분증 2. 같은 유효 신분증을 들고 있는 셀카 이미지
<p>환자</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. 사진이 포함된 정부 발행 유효 신분증 4. 의료 부문 위임장 	<p>환자</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. 사진이 포함된 정부 발행 유효 신분증 4. 같은 유효 신분증을 들고 있는 셀카 이미지
<ol style="list-style-type: none"> 5. 작성을 완료한 FORM 1-AA(2장) 	<ol style="list-style-type: none"> 5. 작성을 완료한 FORM 1-AA(2장)
<ol style="list-style-type: none"> 5. 작성을 완료한 FORM 1-AA(2장) 	<ol style="list-style-type: none"> 6. 작성을 완료한 FORM 2-AA(1장)

요청자 정보: 모든 칸의 작성을 완료해야 함 - 빈 칸이 있는 양식은 처리되지 않습니다.

이 칸은 다른 환자의 MyDLSChart 정보 열람을 요청하는 대리인이 작성해야 합니다. 대리인의 정보 열람을 승인하기 전 환자에게 연락하여 요청 여부를 확인할 수 있습니다. 이 확인 절차는 최대 30일이 소요될 수 있습니다.

이름 (성, 이름, 중간 이니셜): _____

생년월일: _____ **SSN 마지막 4자리:** _____ **전화번호:** _____

이메일 주소: _____

주소: _____

주요 진료소/의료 서비스 제공자 (필수는 아니나 권장됨): _____

환자 정보: 모든 칸의 작성을 완료해야 함 - 빈 칸이 있는 양식은 처리되지 않습니다.

이 칸은 MyDLSChart 환자 포털을 통한 의료 기록 대리 열람을 승인하는 환자가 작성해야 합니다. 대리 업무를 요청했다는 것을 확인하기 위해 환자 본인에게 연락할 수 있습니다.

이름 (성, 이름, 중간 이니셜): _____

생년월일: _____ **SSN 마지막 4자리:** _____ **전화번호:** _____

이메일 주소: _____

주소: _____

주요 진료소/의료 서비스 제공자 (필수는 아니나 권장됨): _____

MyDLSChart 동의서

본인은 다음에 동의합니다:

- MyDLSChart는 기밀 의료 정보를 안전하게 관리하는 온라인 정보처 역할을 합니다.
- MyDLSChart는 긴급 상황에 사용되어서는 안 됩니다.
- 본인은 MyDLSChart를 자발적으로 사용하는 것이며 본인의 의사에 반하여 MyDLSChart를 사용하거나 대리 이용을 승인하지 않습니다.
- 외부에 알려지지 않은 비밀번호를 선택하고, 비밀번호를 안전하게 유지하며, 비밀번호가 어떤 방식으로든 유출되었다고 생각되면 비밀번호를 변경하는 것은 본인의 책임입니다. 본인이 MyDLSChart ID와 비밀번호를 다른 사람에게 공유할 경우, 공유받은 사람이 본인 또는 본인의 자녀 건강 정보를 확인할 수 있으며, 본인에게 MyDLSChart 대리 사용을 승인한 개인의 정보를 확인할 수 있습니다.
- 본인이 다른 사람의 기록에 대한 대리 열람 권한을 받게 될 경우, 본인의 MyDLSChart 계정에 로그인한 후 "다른 기록 보기"를 클릭하여 온라인으로 해당 기록을 열람해야 합니다.
- MyDLSChart에는 환자의 의료 기록 중 선별되고 제한된 의료 정보가 포함되어 있으며, MyDLSChart에 모든 의료 기록이 반영되어 있지는 않습니다.
- MyDLSChart 열람은 환자의 편의를 위해 Diagnostic Laboratory Services, Inc.(DLS)에서 제공하는 서비스로, DLS는 언제든지 어떤 이유로든 MyDLSChart 열람 서비스를 비활성화할 수 있습니다.

아래에 서명하는 것으로 본인은 MyDLSChart 사이트 이용 약관을 따르는 것에 동의합니다. 이용 약관은 MyDLSChart에서 확인할 수 있습니다

_____/_____/_____
본인(대리인) 서명 / 환자와의 관계 / 날짜

환자 확인: 본인은 이 MyDLSChart 성인 대리인 등록 양식을 읽고 이해했음을 확인합니다. 본인은 해당 조건에 동의하며, 위에 명시한 사람을 본인의 MyDLSChart 대리인으로 지정하여 본인의 MyDLSChart 정보 열람을 승인합니다.

_____/_____/_____
환자(또는 법정 대리인) 서명 / 환자와의 관계 / 날짜

참고: 승인은 연결일 기준 1년 하루 전 만료됩니다. 대리 열람 권한 갱신을 원할 경우 매년 새로운 MyDLSChart 대리 승인 양식을 제출해야 합니다. 위에 명시된 성인 대리인의 열람 권한은 DLS 클라이언트 서비스에 서면 요청을 제출하여 언제든지 비활성화할 수 있습니다.