

이 양식은 Diagnostic Laboratory Services, Inc.(DLS)가 MyDLSChart 에 있는 귀하의 의료 정보를 지정된 성인 대리인에게 공개하는 것을 승인하는 서류입니다. 주의 깊게 읽어주시기 바랍니다.

이 양식은 다른 성인 대리인에게 MyDLSChart 환자 포털을 통해 본인의 의료 정보를 열람할 권한을 부여하는 환자가 작성해야 합니다. Form 1-AA는 가까운 DLS 지점이나 웹사이트 www.MyDLSChart.com에서

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:

환자 전체 이름(성, 이름, 중간 이니셜): _____

SSN 마지막 4자리: _____ 생년월일(월/일/연도): _____

본인은 _____ (대리인 이름 삽입)(이)가 본인의 MyDLSChart 계정을 통해 본인의 의료 정보를 열람하는 것을 승인합니다. 해당 인원은 본인이 지정한 MyDLSChart 이용 대리인입니다. 본인은 MyDLSChart의 의료 정보가 본인의 전자 의료 기록을 기반으로 하며, 해당 정보에 DLS에서 진행한 모든 검사 서비스 정보가 포함될 수 있음을 이해합니다.

본인은 MyDLSChart에 포함된 모든 건강 정보를 지정된 대리인에게 공개하는 것을 승인합니다. 여기에 명시된 건강 정보에는 후천성면역결핍증후군(AIDS), ARC 또는 HIV, 알코올 및/또는 약물 남용 치료 및/또는 행동 교정 치료 등에 대한 정보가 포함될 수 있습니다. 본인은 이 승인이 MyDLSChart를 통한 정보 공개에만 적용된다는 것을 이해합니다. 이 양식은 다른 방법이나 다른 형태로 지정된 대리인에게 의료 기록을 공개하는 것을 승인하지 않습니다.

본인은 MyDLSChart를 통해 대리인에게 정보가 공개되고 나면 대리인이 해당 정보를 다시 공개할 수 있으며, 해당 정보는 더 이상 연방 개인정보 보호 규정에 의해 보호되지 않을 수 있음을 이해합니다.

MyDLSChart 이용 및 MyDLSChart 대리인 지정은 온전히 본인의 자발적인 결정입니다. 본인은 본인의 의사에 반해 MyDLSChart 이용 대리인을 지정하거나 대리인의 정보 열람을 승인하지 않았음을 확인합니다. 또한 본인은 본인이 이 승인을 제공했는지 여부에 따라 DLS 및 본인의 담당 의료 서비스 제공자가 치료, 결제, 등록 또는 혜택 자격의 조건을 조정하지 않음을 이해합니다.

이 승인은 정보 연결일 기준 1년 하루 전에 자동 만료됩니다. 본인은 Diagnostic Laboratory Services, Inc.(99-859 Iwaiwa Street Aiea, HI 96701)의 DLS 클라이언트 서비스에 서면으로 철회 요청을 제출하여 언제든지 이 승인을 철회할 수 있음을 이해합니다. 본인은 승인을 철회할 경우, 지정된 대리인의 MyDLSChart 내 정보 열람 권한이 철회 요청 접수일 기준 (5) 영업일 내에 종료됨을 이해합니다. 또한 본인은 승인 철회가 이 승인을 통해 이미 공개된 정보에까지 적용되는 것은 아님을 이해합니다.

환자(또는 개인 대리인) 서명

서명일

서명인의 인쇄된 이름

환자가 아닌 다른 개인이 서명할 경우, 서명인이 환자를 대신하여 서명할 권한이 있음(예: 보호자)을 보여야 하며, 필요 시 관련 문서를 첨부하십시오. _____