

이 양식은 하와이 주에서 14세 미만(HRS 577A-1 및 HRS 577A-2, 의료 관련 미성년자의 법적 능력 참조) 또는 괌이나 사이판에서 18세 미만인 아동의 검사 결과에 대한 대리 열람을 요청하는 데 사용됩니다.

아동의 검사 결과를 열람하기 위해서는 부모 또는 법정 후견인이 활성 상태의 MyDLSChart 계정을 보유하고 있어야 합니다. 활성 상태의 계정이 없을 경우 대리 요청은 승인되지 않습니다. 어떤 서류를 작성해야 하는지는 아래의 대리인 관련 표를 확인해 주십시오.

양식 및 서류는 다음 방법을 통해 제출할 수 있습니다:

MyDLSChart에 업로드, help@mydlschart.com에 이메일 발송, Diagnostic Laboratory Services, Inc., Client Services Department, 99-859 Iwaiwa Street, Aiea, HI 96701으로 우편 발송.

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:

부모가 대리인 요청을 하는 경우, 다음 서류를 제출하십시오: :
1. 사진이 포함된 정부 발행 유효 신분증
2. 같은 유효 신분증을 들고 있는 부모의 셀카 이미지
3. 아동의 출생증명서(앞면)
3. 아동의 출생증명서(뒷면)
5. 작성을 완료한 FORM 3-CA(2장)

법정 후견인이 대리인 요청을 하는 경우, 다음 서류를 제출하십시오:
1. 사진이 포함된 정부 발행 유효 신분증
2. 같은 유효 신분증을 들고 있는 법정 후견인의 셀카 이미지
3. 법정 후견인 증빙 서류
4. 작성을 완료한 FORM 3-CA(2장)

**부모/법정 후견인 및 아동 정보:** 모든 칸의 작성을 완료해야 합니다. 빈 칸이 있는 양식은 처리되지 않으며 필수 정보가 담겨 있지 않은 양식은 안전하게 폐기됩니다. 다수의 아동에 대한 정보 대리 열람이 필요한 경우, 각 아동에 대한 Form 3-CA를 작성한 후 제출해 주십시오.

부모/법정 후견인

**이름** (성, 이름, 중간 이니셜): \_\_\_\_\_

**생년월일:** \_\_\_\_\_ **전화번호:** \_\_\_\_\_

**이메일 주소:** \_\_\_\_\_

**주소:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

아동

**이름** (성, 이름, 중간 이니셜): \_\_\_\_\_

**생년월일:** \_\_\_\_\_

## MyDLSChart 동의서

부모/후견인 대리인으로서, 본인은 다음을 이해합니다:

- MyDLSChart는 기밀 의료 정보를 안전하게 관리하는 온라인 정보처 역할을 합니다.
- MyDLSChart는 긴급 상황에 사용되어서는 안 됩니다.
- 본인은 MyDLSChart를 자발적으로 사용하는 것이며 본인의 의사에 반해 MyDLSChart를 이용하지 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 검사 보고서에 대한 대리 열람 권한을 받게 될 경우, 본인의 MyDLSChart 계정에 로그인한 후 온라인으로 아동의 검사 보고서를 열람해야 합니다.
- MyDLSChart 내 활동은 컴퓨터 감사 시스템에 의해 기록될 수 있으며 본인이 입력하는 내용은 의료 기록의 일부가 될 수 있습니다.
- MyDLSChart 열람은 환자의 편의를 위해 Diagnostic Laboratory Services, Inc.(DLS)에서 제공하는 서비스입니다. DLS는 언제든지 어떤 이유로든 MyDLSChart 열람 서비스를 비활성화할 수 있습니다.

아래에 서명하는 것으로 본인은 MyDLSChart 사이트 이용 약관을 따르는 것에 동의합니다. 이 이용

---

부모/법정 후견인 서명(필수)

---

날짜(필수)