



方便患者使用及披露受保护的健康信息而进行的辅助注册

我授权Diagnostic Laboratory Services, Inc.为下列人士进行预注册, 以登录myDLSchart.com:

除另有说明外, 所有字段均为必填项。

姓氏: _____ 出生日期 (月/日/年) : _____ / _____ / _____

名字: _____ 电话号码: _____

中间名: _____ 电子邮箱: _____

街道地址: _____ 城市/州/邮政编码: _____ / _____ / _____

主治医师: _____ 最后服务日期 (年/月/日) _____ / _____ / _____

(不需要, 但为推荐项) (不需要, 但为推荐项)

此授权是自愿的、我理解我可以拒绝签署本授权书, 且Diagnostic Laboratory Services, Inc. 不会限制或影响我获取服务、款项或福利的资格, 但联邦隐私法允许的除外: (i) 与研究相关的治疗; 或者 (ii) 只为向第三方披露而提供的医疗保健; 或者 (iii) 医疗计划首次登记/资格确定、核保或风险评级确定。

我理解我可以随时书面通知Diagnostic Laboratory Services客户服务部后撤销本授权。这在《QHS附属承保机构隐私惯例通知》中有所描述。我理解, 撤销并不适用于根据此授权已经发布的任何信息。

我理解, 此授权下已经发布的健康信息可以由接收方再次披露, 不再受到联邦隐私法规的保护。

我特此免除Diagnostic Laboratory Services, Inc.与信息披露有关的任何性质的全部责任和申索。

姓名首字母_____ 如果我无法在线获取我的检查结果, 填写的此表格确认DLS可按照要求将我的检查结果的副本邮寄到上述地址。

签名: _____ 日期 _____

患者或个人代表

请允许最多3个工作日处理您的要求。在您的请求处理之后, 您将收到一封电子邮件, 进一步指导您激活您的账户。对所提供信息进行补充说明和/或其有效性可能会延长该时间范围。在此情况下, 实验室结果将被留置, 直到所有必要信息得到确认。所有请求都将存档, 以备必要时查询。

仅用于实验室客服服务:

接收日期: _____

患者ID确认人: _____

处理日期/姓名首字母: _____

请

1. 清晰填写。
2. 在表上签名并附上日期。
3. 拍摄一张完成填写的表格照片, 表格上应含有政府签发的身份证明 (例如护照、驾照或由州签发的身份证)。由政府签发的身份证必须与表格上的患者信息相符

4. 将含有政府签发的身份证明的完成填写的表格照片发送至 help@mydlschart.com

* 请注意, 与DLS的电子邮件通信可能不会被加密。

政府颁发的身份证放在这里

(例如护照、驾照或由州签发的身份证)。