

本表是一份授权书，允许 Diagnostic Laboratory Services, Inc. (DLS) 将您在 MyDLSChart 中的医疗信息透露给您指定的成人代理。请仔细阅读其中的内容。

本表应由打算授权另一名成人代理通过 MyDLSChart 患者门户访问其医疗信息的患者填写。 如需获取 1-AA 表，请前往离您最近的 DLS 服务点，或访问 www.MyDLSChart.com 下载在线表格

PSC: 用户 ID: _____

Loc _____

(转发给客户服务部：身份证复印件、出生证明正反两面复印件和/或附有表单的 POA)

客户服务部

收到日期：

申请核实人：

处理日期/姓名首字母：

患者全名（姓、名、中间名首字母）： _____

SSN 的最后 4 位数字： _____ 出生日期（月/日/年）： _____

我授权 _____ (插入代理的姓名) 访问我 MyDLSChart 帐户中的健康信息。此人是我指定的 MyDLSChart 代理。我明白 MyDLSChart 中的医疗信息来自我的电子病历，可能包括 DLS 所有化验服务中心提供的信息。

我授权将我的 MyDLSChart 中包含的所有健康信息透露给我指定的代理，包括我的 MyDLSChart 中包含的以下任何信息：获得性免疫缺陷综合症和 ARC 或 HIV、酒精和/或药物滥用治疗和/或行为服务信息。我明白本授权书仅授权通过我的 MyDLSChart 透露信息。本表不授权通过其他方法或其他形式向我指定的代理透露我的病历。

我明白，一旦通过 MyDLSChart 向我的代理披露了信息，这些信息就可能被代理披露给其他人，并且它们不再受联邦隐私法规的保护。

是否加入 MyDLSChart 和指定一名 MyDLSChart 代理完全属于自愿行为。我明白我无需指定一名 MyDLSChart 代理，也无需提供此授权。我还明白，DLS 和我的医疗机构不会根据我是否提供了此授权来决定是否为我提供医疗保健治疗、报销，以及决定我是否有登记或获取福利的资格。

该授权将在账户关联之日起满一年之日的前一天自动失效。我明白，我可以随时向 Diagnostic Laboratory Services, Inc. 的 DLS 客户服务部（地址：99-859 Iwaiwa Street Aiea, HI 96701）提交书面撤销申请，撤销此授权。我明白，如果我撤销此授权，我指定的代理对我 MyDLSChart 记录的访问权限将在收到撤销申请后五（5）个工作日内终止。我还明白我的撤销不适用于根据本授权书已经披露的任何信息。

患者（或其代表）签名_____
签字日期_____
签字人正楷姓名

如果不是患者本人签字，请证明拥有代表患者签字的权限（如监护人）并附上相关文件：
