

Ang form na ito ay isang awtorisasyon na magpapahintulot sa Diagnostic Laboratory Services, Inc. (DLS) na ilabas ang iyong medikal na impormasyon sa iyong MyDLSChart sa iyong itinalagang proxy na nasa hustong gulang. Mangyaring basahin ito nang mabuti.

Ang form na ito ay dapat kumpletuhin ng pasyente na nagpapahintulot sa isa pang adult na proxy na pag-access sa kanilang medikal na impormasyon sa pamamagitan ng MyDLSChart Patient Portal. Upang makakuha ng Form 1-AA, mangyaring pumunta sa iyong pinakamalapit na lokasyon ng satellite ng DLS, o i-access ang form online sa www.MyDLSChart.com.

PSC: User ID: _____
Loc _____

(Fwd to Client Services: Mga Kopya ng ID, magkabilang panig ng Birth Certificate, at/o POA na may mga Form)

Mga Serbisyo ng Kliyente
Petsa na Natanggap:
Na-verify ang Kahilingan Ni:
Petsa na Naproseso/Mga Inisyal:

Buong Pangalan ng Pasyente (Apelyido, Pangalan, M.I.): _____

Huling 4 na digit ng SSN: _____ Petsa ng Kapanganakan (mm/dd/yyyy): _____

Pinapahintulutan ko _____ (ilagay ang pangalan ng proxy) pag-access sa aking impormasyon sa kalusugan na available sa aking MyDLSChart account. Ang taong ito ang aking itinalagang MyDLSChart na proxy. Nauunawaan ko na ang impormasyong medikal sa MyDLSChart ay nakuha mula sa aking elektronikong record ng medikal at maaaring kasama ang impormasyon mula sa lahat ng mga serbisyo sa laboratoryo mula sa DLS.

Pinapahintulutan ko ang pagpapalabas ng lahat ng impormasyong pangkalusugan na nasa aking MyDLSChart sa aking itinalagang proxy; kabilang ang alinman sa mga sumusunod na impormasyon kung ito ay nasa MyDLSChart: Acquired Immune Deficiency Syndrome at ARC o HIV, paggamot sa pag-aabuso sa alkohol at/o droga at/o mga serbisyo sa pag-uugali. Naiintindihan ko na ang awtorisasyong ito ay nalalapat lamang sa pagpapalabas ng impormasyon sa pamamagitan ng aking MyDLSChart. Ang form na ito ay hindi nagpapahintulot sa pagpapalabas ng aking medikal na record sa aking itinalagang proxy sa pamamagitan ng iba pang mga pamamaraan o sa iba pang mga anyo.

Naiintindihan ko na kapag ang impormasyon ay naibunyag sa aking proxy sa pamamagitan ng MyDLSChart, maaari itong muling ibunyag ng proxy at hindi na protektado ng mga pederal na regulasyon sa privacy. Ang paglahok sa MyDLSChart at pagtatalaga ng MyDLSChart proxy ay ganap na boluntaryo. Naiintindihan ko na hindi ako kinakailangang magtatalaga ng proxy ng MyDLSChart, at hindi ko kinakailangang ibigay ang awtorisasyong ito. Naiintindihan ko rin na hindi ikokondisyon ng DLS at ng aking mga provider ang alinman sa aking paggamot sa pangangalagang pangkalusugan, pagbabayad, pagpapatala, o pagiging karapat-dapat para sa mga benepisyo kung ibibigay ko ang awtorisasyong ito.

Ang awtorisasyong ito ay awtomatikong mawawalan ng bisa sa araw bago ang isang taon mula sa petsa ng pagkakaugnay. Naiintindihan ko na maaari kong bawiin ang awtorisasyon na ito anumang oras sa pamamagitan ng pagbibigay ng nakasulat na kahilingan para sa pagbawi sa DLS Client Services sa Diagnostic Laboratory Services, Inc. (99-859 Iwaiwa Street Aiea, HI 96701). Naiintindihan ko na kung babawiin ko ang pahintulot na ito, ang access ng aking itinalagang proxy sa aking MyDLSChart record ay matatapos sa loob ng limang (5) araw ng negosyo pagkatapos matanggap ang kahilingan sa pagbawi. Nauunawaan ko rin na ang aking pagbawi ay hindi mailalapat sa anumang impormasyon na naihayag na sa pagtitiwala sa pahintulot na ito.

Lagda ng Pasyente (o Personal na Kinatawan)

Petsa ng Paglagda

Naka-print na pangalan ng lumagda

Kung pumirma ang tao maliban sa pasyente, ipinapahiwatig ang awtoridad na pumirma para sa pasyente (hal., tagapag-alaga) at maglakip ng dokumentasyon kung naaangkop: _____