

Biểu mẫu này là ủy quyền cho phép Diagnostic Laboratory Services, Inc. (DLS) tiết lộ thông tin y tế của bạn trong MyDLSChart cho người đại diện trưởng thành mà bạn chỉ định. Xin vui lòng đọc kỹ.

Biểu mẫu này phải được điền bởi bệnh nhân đang ủy quyền cho người đại diện trưởng thành khác truy cập thông tin y tế của họ thông qua Cổng thông tin bệnh nhân MyDLSChart. Để lấy Mẫu 1-AA, vui lòng đến địa điểm vệ tinh DLS gần nhất của bạn hoặc truy cập mẫu đơn trực tuyến tại www.MyDLSChart.com.

PSC: ID người dùng: _____

Loc _____

(Chuyển tiếp đến Dịch vụ khách hàng:
Bản sao giấy tờ tùy thân, cả hai mặt
của Giấy khai sinh, và/hoặc Giấy ủy
quyền kèm theo các Biểu mẫu)

Dịch vụ khách hàng:

Ngày nhận:

Yêu cầu được xác minh bởi:

Ngày xử lý/Ký tắt:

Họ và tên bệnh nhân (Họ, tên, Chữ đầu của tên đệm): _____

4 chữ số cuối của SSN: _____ Ngày sinh (mm/dd/yyyy): _____

Tôi ủy quyền cho _____ (điền tên của người đại diện) truy cập vào thông tin sức khỏe của tôi có sẵn trong tài khoản MyDLSChart của tôi. Người này là đại diện MyDLSChart được tôi chỉ định. Tôi hiểu rằng thông tin y tế trong MyDLSChart được lấy từ hồ sơ y tế điện tử của tôi và có thể bao gồm thông tin từ tất cả các dịch vụ xét nghiệm của DLS.

Tôi ủy quyền cung cấp tất cả thông tin sức khỏe có trong MyDLSChart của tôi cho người đại diện được tôi chỉ định; bao gồm bất kỳ thông tin nào sau đây nếu có trong MyDLSChart của tôi: Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải và ARC hoặc HIV, điều trị lạm dụng rượu và/hoặc ma túy và/hoặc các dịch vụ hành vi. Tôi hiểu rằng ủy quyền này chỉ áp dụng cho việc cung cấp thông tin thông qua MyDLSChart của tôi. Biểu mẫu này không ủy quyền việc cung cấp hồ sơ y tế của tôi cho người đại diện được chỉ định bằng các phương thức khác hoặc dưới các hình thức khác.

Tôi hiểu rằng một khi thông tin đã được tiết lộ cho người đại diện của tôi thông qua MyDLSChart, người đại diện có thể tiết lộ lại thông tin và thông tin này sẽ không còn được bảo vệ bởi các quy định về quyền riêng tư của liên bang.

Việc tham gia MyDLSChart và chỉ định một người đại diện MyDLSChart hoàn toàn là tự nguyện. Tôi hiểu rằng tôi không bắt buộc phải chỉ định một người đại diện MyDLSChart và tôi không bắt buộc phải cung cấp ủy quyền này. Tôi cũng hiểu rằng DLS và các nhà cung cấp của tôi sẽ không đặt điều kiện cho bất kỳ việc điều trị chăm sóc sức khỏe, thanh toán, ghi danh hoặc đủ điều kiện hưởng phúc lợi nào dựa trên việc tôi có cung cấp sự cho phép này hay không.

Ủy quyền này sẽ tự động hết hiệu lực vào ngày trước một năm kể từ ngày liên kết. Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi ủy quyền này bất cứ lúc nào bằng cách cung cấp yêu cầu thu hồi bằng văn bản cho Dịch vụ khách hàng DLS tại Diagnostic Laboratory Services, Inc. (99-859 Iwaiwa Street Aiea, HI 96701). Tôi hiểu rằng nếu tôi thu hồi ủy quyền này, quyền truy cập vào hồ sơ MyDLSChart của tôi của người đại diện được chỉ định sẽ bị chấm dứt trong vòng năm (5) ngày làm việc kể từ khi nhận được yêu cầu thu hồi. Tôi cũng hiểu việc thu hồi của tôi sẽ không áp dụng cho bất kỳ thông tin nào đã được tiết lộ dựa trên ủy quyền này.

Chữ ký của bệnh nhân (hoặc Đại diện cá nhân)

Ngày ký

Tên in của người ký

Nếu người ký không phải là bệnh nhân, vui lòng ghi rõ thẩm quyền ký thay cho bệnh nhân (ví dụ: người giám hộ) và đính kèm tài liệu liên quan nếu có: _____