

Mục đích của biểu mẫu này là yêu cầu ủy quyền cho kết quả phòng thí nghiệm của con bạn nếu trẻ dưới 14 tuổi ở Bang Hawai'i (xem HRS 577A-1 và HRS 577A-2, Năng lực pháp lý của trẻ vị thành niên liên quan đến chăm sóc y tế) hoặc dưới 18 tuổi ở Guam hoặc Saipan.

Để truy cập kết quả phòng thí nghiệm của trẻ, phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp cần có tài khoản MyDLSChart đang hoạt động. Nếu không có tài khoản đang hoạt động, yêu cầu đại diện không thể được chấp thuận.

Vui lòng xem lại bảng ủy quyền để biết các tài liệu bắt buộc Đã hoàn thành các biểu mẫu và tài liệu có thể được gửi theo các cách sau: tải lên MyDLSChart, gửi email đến help@mydlschart.com hoặc gửi thư đến Diagnostic Laboratory Services, Inc., Phòng Dịch vụ Khách hàng, 99-859 Iwaiwa Street, Aiea, HI 96701.

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:

Đối với **phụ huynh** yêu cầu ủy quyền, hãy gửi các tài liệu sau:

1. Giấy tờ tùy thân có ảnh hợp lệ do Chính phủ cấp
2. Ảnh tự chụp phụ huynh đang cầm đúng giấy tờ tùy thân hợp lệ đó
3. Giấy khai sinh của trẻ (mặt trước)
4. Giấy khai sinh của trẻ (mặt sau)
5. Hoàn thành MẪU 3-CA (hai trang)

Đối với **người giám hộ hợp pháp** yêu cầu ủy quyền, hãy gửi các tài liệu sau:

1. Giấy tờ tùy thân có ảnh hợp lệ do Chính phủ cấp
2. Ảnh tự chụp người giám hộ hợp pháp đang cầm đúng giấy tờ tùy thân hợp lệ đó
3. Bằng chứng giám hộ hợp pháp
4. Hoàn thành MẪU 3-CA (hai trang)

Thông tin về **Phụ huynh/Người giám hộ hợp pháp và trẻ**: Cần phải hoàn thành tất cả các mục. Các biểu mẫu không đầy đủ sẽ không được xử lý, và bất kỳ biểu mẫu nào nhận được mà thiếu thông tin cần thiết sẽ được hủy bỏ một cách an toàn. Nếu bạn cần quyền đại diện cho nhiều trẻ em, vui lòng nộp riêng Mẫu 3-CA cho từng trẻ.

*Phụ huynh/Người giám hộ hợp pháp*

**Tên (Họ, Tên, Chữ đầu của tên đệm):** \_\_\_\_\_

**Ngày sinh:** \_\_\_\_\_ **Điện thoại:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

**Địa chỉ:** \_\_\_\_\_

*Trẻ*

**Tên (Họ, Tên, Chữ đầu của tên đệm):** \_\_\_\_\_

**Ngày sinh:** \_\_\_\_\_

## Thỏa thuận MyDLSChart

Với tư cách là người ủy quyền phụ huynh/người giám hộ, tôi hiểu rằng:

- MyDLSChart được thiết kế như một nguồn thông tin y tế bảo mật trực tuyến an toàn.
- MyDLSChart không được sử dụng trong trường hợp khẩn cấp.
- Việc sử dụng MyDLSChart là tự nguyện và tôi không bắt buộc phải sử dụng MyDLSChart.
- Tôi có trách nhiệm chọn mật khẩu bí mật, giữ mật khẩu an toàn và thay đổi mật khẩu nếu tôi tin rằng mật khẩu có thể đã bị xâm phạm theo bất kỳ cách nào. Nếu tôi chia sẻ ID và mật khẩu MyDLSChart của mình với người khác, người đó có thể xem thông tin sức khỏe của tôi hoặc con tôi, cũng như thông tin về bất kỳ cá nhân nào đã ủy quyền cho tôi làm đại diện MyDLSChart.
- Nếu tôi được ủy quyền truy cập đại diện vào báo cáo xét nghiệm của người khác, tôi phải đăng nhập vào tài khoản MyDLSChart của riêng mình để truy cập báo cáo xét nghiệm của con tôi trực tuyến.
- Các hoạt động của tôi trong MyDLSChart có thể bị theo dõi bởi kiểm tra máy tính và các mục tôi nhập vào có thể trở thành một phần của hồ sơ y tế.
- Quyền truy cập vào MyDLSChart được cung cấp bởi Diagnostic Laboratory Services, Inc. (DLS) để thuận tiện cho bệnh nhân. DLS có quyền hủy kích hoạt quyền truy cập vào MyDLSChart bất cứ lúc nào vì bất kỳ lý do gì.

Bằng việc ký tên bên dưới, tôi đồng ý tuân thủ các điều khoản và điều kiện trên trang web MyDLSChart. Cũng có thể xem các Điều khoản và Điều kiện này trong MyDLSChart.

---

Chữ ký của phụ huynh/người giám hộ hợp pháp (Bắt buộc)

---

Ngày (Bắt buộc)