

MY CHART PROXY AUTHORIZATION FORM

QUYỀN TRUY CẬP MYCHART vào hồ sơ y tế trực tuyến của người khác MYCHART ACCESS to Another Person's Online Medical Record

"MyChart" là một tài nguyên dựa trên web an toàn (cổng thông tin), nơi bạn có thể truy cập các phần hồ sơ y tế của mình. Bạn có thể muốn cho phép người khác đọc hồ sơ y tế trực tuyến của bạn để giúp chăm sóc bạn. "MyChart" có thể có thông tin nhạy cảm mà bạn muốn giữ riêng tư. Điều này có thể bao gồm một số thông tin về sức khỏe tâm thần, lạm dụng chất kích thích, các bệnh lây truyền qua đường tình dục và lạm dụng tình cảm, thể chất và tình dục.

Bạn phải làm những điều này để cho phép người khác xem hồ sơ y tế trực tuyến của bạn:

1. Chọn một người lớn (18 tuổi trở lên) để đọc hồ sơ của bạn. Bạn không thể chọn ai đó dưới 18 tuổi.
2. Không chọn một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhân viên cung cấp dịch vụ chăm sóc của bạn tại Sở Y tế Công cộng San Francisco hoặc một cơ sở y tế khác.
3. Ký trực tiếp vào mẫu chấp thuận. Biểu mẫu cho biết bạn đang ủy quyền cho người lớn có quyền truy cập vào hồ sơ y tế trực tuyến MyChart của bạn.
4. Người kia phải đồng ý với các điều khoản và điều kiện sử dụng MyChart.

Bạn **KHÔNG** nên bị áp lực bởi người khác để cấp quyền truy cập vào thông tin y tế trực tuyến của bạn. Nếu bạn cho phép ai đó đọc hồ sơ của bạn trong MyChart, bạn đang cho phép tiết lộ các phần hồ sơ y tế của bạn cho người đó.

Bạn có thể thu hồi quyền truy cập của người khác vào thông tin hồ sơ y tế MyChart của bạn. Bạn phải gửi yêu cầu **BẰNG VĂN BẢN** để thu hồi quyền truy cập của người khác. Có thể mất tối đa 3 ngày để tắt quyền truy cập của người khác. Sở Y tế Công cộng San Francisco có quyền thu hồi quyền truy cập trực tuyến vào thông tin y tế bất cứ lúc nào.

Gửi thư hoặc trả lại trực tiếp đến:

Zuckerberg San Francisco General Medical Records Department
1001 Potrero Avenue, 2nd floor Rm 2B4 San Francisco, CA 94110 Office open 8am-4pm M-F
Fax to: 628.206.7599 Email to: zsfgr01@sfdph.or

MY CHART PROXY AUTHORIZATION FORM

ỦY QUYỀN TRUY CẬP VÀO MyChart của bệnh nhân

AUTHORIZATION FOR ACCESS TO PATIENT'S MyChart

Tên bệnh nhân: Họ của _____ nhân: _____

Hồ sơ y tế # (MRN): _____ Ngày sinh: (mm/dd/yy) _____

1. Tôi đã đọc và hiểu tài liệu "**Truy cập vào hồ sơ y tế trực tuyến của người khác trong MyChart**".
3. Tôi đồng ý cho phép người dưới đây truy cập thông tin y tế của tôi trên "MyChart". Điều này bao gồm thông tin có sẵn ngay bây giờ và thông tin có thể có sẵn trong tương lai.
4. Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi quyền truy cập này bất cứ lúc nào. Có thể mất tối đa 3 ngày để tắt quyền truy cập của người khác.
5. Tôi nhận ra rằng, nếu tôi tiết lộ thông tin sức khỏe của mình cho người không bắt buộc phải giữ bí mật về mặt pháp lý, thông tin đó có thể bị tiết lộ lại và có thể không còn được bảo vệ nữa. Luật pháp California yêu cầu người nhận không được tiết lộ lại thông tin đó trừ khi có sự cho phép bằng văn bản của tôi hoặc theo yêu cầu cụ thể của pháp luật.

Người tôi cho phép truy cập hồ sơ trực tuyến của mình trong "MyChart":

(*Phải hoàn thành các mục in đậm)

*Tên: _____

SS#: _____

(Nếu có, giúp đặt lại tài khoản nếu cần)

*Họ: _____

*Số điện thoại: _____

*Địa chỉ: _____ CITY _____ State _____ ZIP _____

*Ngày sinh (phải từ 18 tuổi trở lên): MM/DD/YY _____

*Địa chỉ email: _____

*Mối quan hệ với tôi:

_____ Vợ / chồng / Đối tác

_____ Anh / Em gái

_____ Cha mẹ/Người giám hộ hợp pháp /Người chăm sóc

_____ Tự

_____ Trẻ em

_____ Khác-vui lòng ghi rõ: _____

*Chữ ký của bệnh nhân /cha mẹ/người giám hộ hợp pháp: _____ Ngày: _____

*Chữ ký của người làm chứng: _____ Ngày: _____

*Tên in của nhân chứng: _____

Vì lý do an ninh, vui lòng mang theo mẫu đơn đã điền đầy đủ đến phòng khám hoặc bệnh viện của bạn.