

Biểu Mẫu Ủy Quyền myChart Truy Cập Hồ Sơ myChart Của Bệnh Nhân Khác

Để yêu cầu quyền truy cập vào hồ sơ myChart của một người lớn hoặc trẻ em mà quý vị đang hỗ trợ quản lý việc chăm sóc y tế, vui lòng điền vào biểu mẫu này. Người bệnh phải ký vào biểu mẫu này, trừ khi người được ủy quyền đồng thời là người đại diện hợp pháp có thẩm quyền đưa ra quyết định thay mặt người bệnh. Xin lưu ý rằng hồ sơ của người bệnh sẽ được truy cập thông qua tài khoản myChart của quý vị (người được ủy quyền). Việc hoàn thành biểu mẫu này sẽ tạo một tài khoản myChart cho cả quý vị và người bệnh.

Bước 1:

Thông Tin Của Quý Vị (Tất cả các trường yêu cầu – viết in hoa rõ ràng)

Phần này nên được hoàn thành bởi người yêu cầu truy cập vào hồ sơ myChart của người lớn hoặc trẻ em khác.

Tên (họ, tên, tên đệm viết tắt): _____
Ngày Sinh: _____ Số Điện Thoại: _____
Địa Chỉ Đường Phố: _____ Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Zip: _____
Địa Chỉ Email: _____

Bạn có tài khoản myChart đang hoạt động với MemorialCare không? ☐ Có ☐ Không ☐ Không biết

Bước 2:

Loại Truy Cập nào đang được yêu cầu?

- Truy cập ủy quyền của người lớn đối với người lớn: Chuyển đến Bước 2a
- Truy cập ủy quyền của người lớn đối với trẻ vị thành niên: Chuyển đến Bước 2b
- Trẻ vị thành niên ủy quyền cho phụ huynh quyền truy cập ủy quyền đầy đủ: Chuyển đến Bước 2c

Bước 2a: Truy cập ủy quyền của người lớn đối với người lớn

- ☐ Tôi là người lớn yêu cầu truy cập vào hồ sơ myChart của người lớn khác
- ☐ Tôi là người lớn đang yêu cầu truy cập vào hồ sơ myChart của người lớn khác khi bệnh nhân trưởng thành không có khả năng ra quyết định. Quyền truy cập này sẽ được cấp sau khi đội ngũ lâm sàng xem xét và xác nhận.

Giấy chứng nhận của bác sĩ: Là bác sĩ điều trị cho bệnh nhân trưởng thành được xác định dưới đây, tôi đánh giá bệnh nhân không đủ trưởng thành hoặc năng lực tinh thần để đưa ra sự chấp thuận cần thiết nhằm nhận và nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe theo luật California.

Chữ Ký Bác Sĩ _____ Tên Bác Sĩ _____

Thông Tin Bệnh Nhân Trưởng Thành (Tất cả các trường yêu cầu – viết in hoa rõ ràng)

Hoàn thành phần này với thông tin về bệnh nhân trưởng thành mà quý vị đang yêu cầu truy cập hồ sơ myChart.

Tên (họ, tên, tên đệm viết tắt): _____
Ngày Sinh: _____ Số Điện Thoại: _____
Địa Chỉ Đường Phố: _____ Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Zip: _____
Địa Chỉ Email: _____

► Chuyển đến Bước 3 để xem lại Điều Khoản và Thỏa Thuận của myChart.

Bước 2b: Truy cập ủy quyền của người lớn đối với trẻ vị thành niên

☐ Tôi là phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp yêu cầu truy cập vào hồ sơ myChart của trẻ vị thành niên

☐ Tôi là phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp yêu cầu truy cập vào hồ sơ myChart của trẻ vị thành niên khi trẻ vị thành niên không có khả năng ra quyết định. Quyền truy cập này sẽ được cấp sau khi đội ngũ lâm sàng xem xét và xác nhận.

Giấy chứng nhận của bác sĩ: Là bác sĩ điều trị cho trẻ vị thành niên được xác định dưới đây, tôi đánh giá trẻ vị thành niên này không đủ trưởng thành hoặc năng lực tinh thần để đưa ra sự chấp thuận cần thiết nhằm nhận và nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe theo luật California.

Chữ Ký Bác Sĩ _____ Tên Bác Sĩ _____

Thông Tin Bệnh Nhân Trẻ Em (Tất cả các trường yêu cầu – viết in hoa rõ ràng)

Xin lưu ý các giới hạn độ tuổi sau đây cho myChart. Những giới hạn về độ tuổi này không ảnh hưởng đến bất kỳ quyền hợp pháp nào mà quý vị có để truy cập hồ sơ của con mình bằng các phương tiện khác. Để yêu cầu bản sao giấy của hồ sơ của con quý vị, hãy liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ y tế của trẻ.

*** Người Giám Hộ Hợp Pháp của Trẻ Vị Thành Niên phải đính kèm bản sao Quyết Định của Tòa Án về Chỉ Định Người Giám Hộ để xác nhận Người Được Ủy Quyền là người giám hộ hợp pháp thường xuyên của người bệnh.**

- Nếu trẻ từ **0-11 tuổi**: Quý vị sẽ được cấp quyền truy cập đầy đủ vào hồ sơ myChart của trẻ.
- Nếu trẻ từ **12-17 tuổi**: Quý vị sẽ được cấp quyền truy cập một phần vào hồ sơ myChart của trẻ. (ví dụ, lên lịch hẹn, dị ứng, tiêm chủng).
- Khi trẻ đủ **18 tuổi**, quý vị sẽ không còn quyền truy cập vào hồ sơ myChart của trẻ nữa.

Vui lòng cung cấp các thông tin sau cho từng trẻ:

A. Tên (họ, tên, tên đệm viết tắt): _____
Ngày Sinh: _____ Địa Chỉ Đường Phố: _____
Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã ZIP: _____

- B. Tên (họ, tên, tên đệm viết tắt): _____
Ngày Sinh: _____ Địa Chỉ Đường Phố: _____
Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã ZIP: _____
- C. Tên (họ, tên, tên đệm viết tắt): _____
Ngày Sinh: _____ Địa Chỉ Đường Phố: _____
Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã ZIP: _____
- D. Tên (họ, tên, tên đệm viết tắt): _____
Ngày Sinh: _____ Địa Chỉ Đường Phố: _____
Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã ZIP: _____

► Chuyển đến Bước 3 để xem lại Điều Khoản và Thỏa Thuận của myChart.

Bước 2c: Thanh thiếu niên cho phép truy cập ủy quyền đầy đủ cho phụ huynh/người giám hộ hợp pháp

☐ Tôi là trẻ vị thành niên đang yêu cầu phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp của tôi được cấp quyền truy cập đại diện đầy đủ cho thanh thiếu niên vào hồ sơ myChart của tôi

Thông Tin Bệnh Nhân Vị Thành Niên (Tất cả các trường cần thiết – viết in hoa rõ ràng)

Bệnh Nhân Vị Thành Niên từ 12-17 tuổi; vui lòng hoàn thành phần này để cấp quyền truy cập myChart **ĐẦY ĐỦ** cho phụ huynh/người giám hộ hợp pháp của quý vị.

Tên (họ, tên, tên đệm viết tắt): _____
Ngày Sinh: _____ Số Điện Thoại: _____
Địa Chỉ Đường Phố: _____ Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Zip: _____
Địa Chỉ Email: _____

Tôi hiểu rằng bằng việc ký tên bên dưới, tôi đang cho phép cha mẹ/người giám hộ hợp pháp của tôi truy cập thông tin y tế của tôi, bao gồm nhưng không giới hạn: thuốc men, các cuộc hẹn trước đây và trong tương lai, tất cả các tin nhắn gửi và đi từ bác sĩ của tôi, kết quả xét nghiệm phòng thí nghiệm và chẩn đoán hình ảnh, tiêm chủng và thông tin thanh toán.

► Chuyển đến Bước 3 để xem lại Điều Khoản và Thỏa Thuận của myChart.

Bước 3:

Điều Khoản và Thỏa Thuận của myChart

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng tôi đã hiểu và đồng ý với các nội dung sau:

- myChart được thiết kế là một nguồn thông tin y tế bảo mật trực tuyến chứa thông tin y tế bảo mật. Nếu tôi chia sẻ ID myChart và mật khẩu của mình với người khác, người đó có thể xem thông tin sức khỏe của tôi cũng như thông tin sức khỏe của bất kỳ người nào đã ủy quyền cho tôi làm người được ủy quyền truy cập myChart;
- Tôi có trách nhiệm lựa chọn một mật khẩu có tính bảo mật, bảo quản mật khẩu một cách an toàn và thay đổi mật khẩu nếu tôi cho rằng mật khẩu đã bị tiết lộ hoặc bị xâm phạm dưới bất kỳ hình thức nào;
- myChart chỉ chứa một phần thông tin y tế được chọn lọc và có giới hạn từ hồ sơ y tế của người bệnh; myChart không phản ánh toàn bộ nội dung của hồ sơ y tế. Tôi cũng hiểu rằng có thể yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người bệnh cung cấp một bản sao giấy của hồ sơ y tế;
- Các hoạt động của tôi trên myChart có thể được ghi nhận thông qua hệ thống kiểm tra nhật ký điện tử và những thông tin tôi nhập có thể trở thành một phần của hồ sơ y tế;
- Quyền truy cập myChart được MemorialCare cung cấp nhằm tạo thuận tiện cho người bệnh và MemorialCare có quyền vô hiệu hóa quyền truy cập myChart vào bất kỳ thời điểm nào, vì bất kỳ lý do gì;
- Việc sử dụng myChart là hoàn toàn tự nguyện và tôi không bắt buộc phải sử dụng myChart hoặc chỉ định người được ủy quyền truy cập myChart;
- Nếu mối quan hệ pháp lý của tôi với bất kỳ trẻ em nào được liệt kê trong biểu mẫu này thay đổi, tôi phải thông báo ngay cho nhóm chăm sóc sức khỏe bằng điện thoại hoặc bằng văn bản;
- MemorialCare và/hoặc các công ty con và nhà cung cấp dịch vụ liên kết có quyền thu hồi quyền truy cập ủy quyền bất kỳ lúc nào, vì bất kỳ lý do gì;
- Tôi sẽ (a) gửi thông tin liên lạc thay mặt cho trẻ từ hồ sơ của trẻ đó, (b) nhận phản hồi trong hồ sơ của trẻ đó, và (c) nhận cảnh báo email đến địa chỉ email đã nhập trong trường email khi tạo đăng nhập MyChart;
- myChart không bao giờ được sử dụng cho các vấn đề khẩn cấp. Thời gian dự kiến để phản hồi các tin nhắn điện tử là 2 ngày làm việc. Do đó, đối với tất cả các vấn đề y tế khẩn cấp, tôi sẽ liên hệ với văn phòng bác sĩ qua điện thoại, đến phòng cấp cứu hoặc gọi số 911.

► _____ / _____ / _____

Chữ Ký (Người Được Ủy Quyền) (Bắt buộc)

Mối Quan Hệ Với Bệnh Nhân

Ngày

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu biểu mẫu Đăng Ký myChart này. Tôi đồng ý với điều khoản này và chỉ định người được liệt kê ở trên làm người đại diện myChart của tôi, qua đó cho phép họ truy cập vào hồ sơ y tế myChart của tôi. Tôi hiểu rằng mình có thể thu hồi giấy chỉ định này bất cứ lúc nào bằng cách liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

► _____ / _____ / _____

Chữ Ký Bệnh Nhân

Mối Quan Hệ Với Người Được Ủy Quyền

Ngày

(hoặc người đại diện hợp pháp được ủy quyền)

(Bắt buộc)