



1

對另一位成人 **MyCHART** 網上醫療記錄之調閱權

“**MyCHART**”是一個網站，供您調閱自己的網上醫療記錄。您也許希望讓另一位成人調閱您的網上醫療記錄，以便協助您的醫療保健服務。“**MyCHART**”可能含有您希望加以保密的敏感資訊。此類資訊可能涉及心理健康、酒精與毒品濫用、性傳染病，以及精神虐待、身體虐待與性虐待情況。

若想讓其他人調閱您的網上醫療記錄，您必須採取以下行動：

1. 挑選一位成人（**18 歲**或此年齡以上者）調閱您的記錄。您不能選擇年齡不滿 **18 歲**者。
2. 切勿選擇在 **San Francisco** 醫療保健服務網絡內或另一醫療服務設施為您提供醫療服務的醫療保健服務提供者或工作人員。
3. 親筆簽署同意書。該同意書用以確認您授權另一位成人調閱您的 **MyCHART** 網上醫療記錄。
4. 該位成人必須同意 **MyCHART** 之使用條款和條件。

您不得在他人迫使之下而讓其獲得對您網上醫療記錄的調閱權。允許其他人調閱您的 **MyCHART** 網上醫療記錄則表示您授權向該人披露您的部份醫療記錄。您可撤銷該人對您 **MyCHART** 網上醫療記錄資訊的調閱權。您必須提交一份書面請求，用以撤銷另一位成人的調閱權。終止另一位成人調閱權的手續最多可能需要 **3 天**時間。**San Francisco** 醫療保健服務網絡 有權隨時撤銷對醫療資訊的網上調閱權。



Access to Another Adult's Online Medical Record in MyCHART

NAME

DOB

MRN

PCP

Patient ID/Addressograph

- 本人已經閱讀並理解「對另一位成人 **MyCHART** 網上醫療記錄之調閱權」文件內容。
- 我同意讓下列人士調閱本人的“**MyCHART**”網上醫療資訊。此類資訊包括現有資訊，以及今後可供調閱的資訊。
- 本人明白，我可以隨時撤銷此項調閱授權。終止另一位成人調閱權的手續最多可能需要 **3** 天時間。
- 本人明白，如果我向某人披露自己的健康資訊，而該人並無法律義務對該資訊加以保密，所披露的資訊則可被再次披露，而且可能不受任何保護。依據加州法律要求，資訊獲取者不得再次披露上述資訊，除非獲得本人的書面授權或者法律有此特定要求。

我允許調閱本人“**MyCHART**”網上醫療資訊的人士如下：

名字： _____

姓氏： _____

出生日期（必須年滿 **18** 歲或以上）： _____，

電郵地址： _____

與本人的關係：

___ 配偶/伴侶：

___ 子女

___ 兄弟/姊妹

___ 其他 - 請具體說明： _____

患者簽名： _____ 日期： _____

見證人之簽名： _____ 日期： _____

見證人之姓名（請工整填寫）： _____

出於安全原因，請將填妥的表格攜帶至您的診所。