SAN FRANCISCO DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH
San Francisco Health Network

Patient Name\
MRN

MY CHART PROXY AUTHORIZATION FORM

MYCHART 訪問他人的在線病歷

"MyChart"是一個基於網络的安全資源（門戶），您可以在其中訪問您的部分醫療記錄。

您可能希望讓其他人閱讀您的在線病歷，以幫助您進行護理。"MyChart"可能包含您希望保密的敏感資訊。這可能包括一些關於心理健康、藥物濫用、性傳播疾病以及情感、身體和性虐待的資訊。

您必須執行以下作業才能讓其他人查看您的線上病歷：

1. 選擇一名成人（18 歲或以上）來閱讀您的記錄。 您不能選擇未滿 18 歲的人。
2. 不要選擇在三藩市公共衛生部或其他醫療機構提供護理的醫療保健提供者或工作人員。
3. 親身簽署同意書。該表格顯示您授權成年人訪問您的 MyChart 在線病歷。
4. 其他人必須同意 MyChart 的使用條款和條件。

您不應受到其他人的壓力，要求您訪問您的在線醫療資訊。
如果您允許某人在 MyChart

中閱讀您的記錄，則表示您授權將部分醫療記錄發佈給該人。

您可以撤銷其他人對您的 MyChart
病歷資訊的訪問許可權。您必須提交書面請求以撤銷其他人的訪問許可權。
最多可能需要 3 天才能關閉對方的訪問許可權。
三藩市公共衛生部保留隨時撤銷對醫療資訊的在線訪問的權利。

Mail or return in person to:
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: zsfgroi@sfdph.org

SAN FRANCISCO DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH
San Francisco Health Network

Patient Name\
MRN

MY CHART PROXY AUTHORIZATION FORM

訪問患者 MyChart 的授權

AUTHORIZATION FOR ACCESS TO PATIENT's MyChart

患者名字：_____ 患者姓氏：_____

病歷# （MRN）：_____

出生日期：_____

1.

2. 我已閱讀並理解文件"**在 MyChart 中存取他人的線上醫療記錄**"
3. 我同意允許以下人員訪問我在「MyChart」上的醫療資訊。這包括現在可用的資訊以及將來可能可用的資訊。
4. 我瞭解我可以隨時撤銷此訪問許可權。最多可能需要 3 天才能關閉對方的訪問許可權。
5. 我認識到，如果我向法律沒有要求保密的人披露我的健康資訊，它可能會被重新披露，並且可能不再受到保護。加州法律要求接收者不得重新披露此類資訊，除非獲得我的書面授權或法律特別要求。

<u>我允許在</u>「MyChart」中訪問我的在線記錄的人：
（*粗體項目必須填寫）

***名字：**_____ SS#：_ _ _ - _ _ - _
（如果可用，如果需要，有助於重置帳戶）

***姓氏**：_____ ***電話號碼**：_____

***位址**：_____ **CITY** _____ **州** _____ **ZIP** _____

***出生日期（必須年滿 18 歲）：**月/日/年_____

***電郵位址**：_____

***與我的關係**：

____ 配偶/伴侶 ____ 兄弟/姐妹
____ 父母/法定監護人/看護人 ____ 自我
____ 兒童____ 其他-請註明：_____

***患者/父母/法定監護人簽名**：_____ 日期：_____

***見證人簽名**：_____ 日期：_____

***見證人印刷姓名**：_____

出於安全原因，請攜帶填妥的表格到您的診所或醫院。