SAN FRANCISCO DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH
San Francisco Health Network

Patient Name\
MRN

MY CHART PROXY AUTHORIZATION FORM

MYCHART ACCESS sa Online Medical Record ng Ibang Tao

MYCHART ACCESS to Another Person's Online Medical Record

Ang "MyChart" ay isang ligtas na mapagkukunan (portal) na nakabase sa web kung saan maaari mong ma access ang iyong mga bahagi ng medikal na talaan. Maaari mong hayaan ang ibang tao na basahin ang iyong online na medikal na talaan upang makatulong sa iyong pangangalaga. Ang "MyChart" ay maaaring magkaroon ng sensitibong impormasyon na nais mong panatilihin pribado. Maaaring kabilang dito ang ilang impormasyon tungkol sa kalusugan ng isip, pag abuso sa sangkap, mga sakit na nakukuha sa pakikipagtalik, at emosyonal, pisikal at sekswal na pang aabuso.

Kailangan mong gawin ang mga bagay na ito upang hayaan ang ibang tao na tingnan ang iyong online na medikal na talaan:

1. Pumili ng isang matanda (18 taong gulang o mas matanda) upang basahin ang iyong talaan. Hindi ka maaaring pumili ng isang taong mas bata sa 18 taong gulang.
2. Huwag pumili ng isang tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan o kawani na nagbibigay ng iyong pangangalaga sa San Francisco Department of Public Health o sa ibang setting ng kalusugan.
3. Pirmahan nang personal ang form ng pahintulot. Sinasabi ng form na pinahihintulutan mo ang matanda na magkaroon ng access sa iyong MyChart online medical record.
4. Ang ibang tao ay dapat sumang ayon sa mga tuntunin at kundisyon ng paggamit ng MyChart.

HINDI ka dapat ma pressure ng ibang tao na magbigay ng access sa iyong online na medikal na impormasyon. Kung magbibigay ka ng pahintulot na hayaan ang isang tao na basahin ang iyong mga talaan sa MyChart, pinapayagan mo ang paglabas ng mga bahagi ng iyong medikal na talaan sa taong iyon.

Maaari mong bawiin ang pag access ng ibang tao sa iyong impormasyon sa medikal na talaan ng MyChart. Kailangan mong magsumite ng WRITTEN request para bawiin ang access ng ibang tao. Maaaring tumagal ng hanggang 3 araw upang patayin ang access ng ibang tao. Ang San Francisco Department of Public Health ay may karapatang bawiin ang online access sa medikal na impormasyon anumang oras.

Ipadala sa koreo o ibalik nang personal sa:

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
AWTORISASYON PARA SA ACCESS SA PATIENT'S MyChart

AUTHORIZATION FOR ACCESS TO PATIENT's MyChart

Unang Pangalan ng Pasyente: _____
Apelyido ng Pasyente: _____

Medical Record# (MRN): _____Petsa ng Kapanganakan: _____

1. Nabasa ko at naunawaan ang dokumentong **"Access to Another Person's Online Medical Record sa MyChart."**
2. Sumasang ayon ako na payagan ang taong nasa ibaba na ma access ang aking medikal na impormasyon sa "MyChart." Kabilang dito ang impormasyon na magagamit ngayon at impormasyon na maaaring maging magagamit sa hinaharap.
3. Naiintindihan ko na maaari kong bawiin ang access na ito sa anumang oras. Maaaring tumagal ng hanggang 3 araw upang patayin ang access ng ibang tao.
4. Kinikilala ko na, kung isinisiwalat ko ang aking impormasyon sa kalusugan sa isang tao na hindi legal na kinakailangan upang panatilihin itong kumpidensyal, maaaring ito ay muling ibunyag at maaaring hindi na protektado. Ang batas ng California ay nag uutos na ang mga tatanggap ay hindi magsiwalat muli ng naturang impormasyon maliban sa aking nakasulat na awtorisasyon o ayon sa partikular na hinihingi ng batas.

Ang <u>taong pinapayagan kong ma access ang</u> aking online record sa "MyChart":
(*Kailangang makumpleto ang mga Bold Item)

***Unang Pangalan**: _____ SS#: _ _ _ - _ _ - _
(Kung mayroon, tumutulong sa pag reset ng account kung kinakailangan)

***Apelyido**: _____ ***Numero ng Telepono**: _____

***Address**: _____ **CITY** _____ **State** _____ **ZIP** _____

***Petsa ng Kapanganakan (kailangang 18 pataas):** MM/DD/YY _____

***Email address**: _____

***Kaugnayan sa akin**:

_____ Asawa / Kasosyo
_____ Magulang/Legal na Tagapangalaga/Tagapag alaga
_____ Child
_____ Kapatid na lalaki/kapatid na babae
_____ Sarili
_____ Iba pa-pakitukuyin: _____

***Lagda ng Pasyente/Magulang/Legal na Tagapangalaga**: _____Petsa: _____

***Lagda ng Saksi:** _____Petsa: _____

***Pangalan ng Nakalimbag na Saksi**:_____

Para sa seguridad, mangyaring dalhin ang nakumpletong form sa iyong klinika o ospital**.**