[Affix Patient Sticker Here]

Patient Name

MRN

Date

Đơn Yêu Cầu Cấp Quyền Đại Diện Vào myHealth Online cho Bệnh Nhân Vị Thành Niên & Bệnh Nhân Kém Năng Lực

(Request Form for Proxy Access to myHealth Online for Minor Patients & Patients with Diminished Capacity)

Tôi yêu cầu Santa Clara Valley Health & Hospital System cấp cho tôi quyền Đại Diện xem thông tin sức khỏe trong myHealth Online của bệnh nhân vị thành niên hoặc bệnh nhân kém năng lực có tên dưới đây, trong phạm vi luật định.

Nộp mẫu đơn trở lại cho y viện sau khi hoàn tất.

Bệnh Nhân:

Họ và Tên Hợp Pháp: _____

Số Hồ Sơ Bệnh Lý: _____

Ngày Sanh (MM/DD/YYYY): _____

Đại Diện Thụ Ủy (phải là 18 tuổi trở lên, ngoại trừ cha, mẹ vị thành niên):

Họ và Tên Hợp Pháp: _____

Ngày Sanh (MM/DD/YYYY): _____

Địa Chỉ Gởi Thư:

_____

_____

Số nhà, tên đường, City, State, Zip Code

E-mail/Điện thư: _____

Không Bắt Buộc: Người Đại Diện Thụ Ủy có phải là bệnh nhân của SCVHHS?

□ Phải □ Không

*Điều này giúp chúng tôi liên kết hồ sơ của bệnh nhân với hồ sơ MHO hiện tại của quý vị.

Nếu phải, cho biết Số Hồ Sơ Bệnh Lý của quý vị: _____

SANTA CLARA VALLEY MEDICAL CENTER Hospital & Clinics
myHealth ONLINE

[Affix Patient Sticker Here]

Patient Name

MRN

Date

Đơn Yêu Cầu Cấp Quyền Đại Diện Vào myHealth Online cho Bệnh Nhân Vị Thành Niên & Bệnh Nhân Kém Năng Lực

(Request Form for Proxy Access to myHealth Online for Minor Patients & Patients with Diminished Capacity)

Liên hệ với Bệnh Nhân: □ Cha/Mẹ □ Bảo Hộ □ Giám Hộ

Người Đại Diện Thụ Ủy **cần xuất trình chứng từ để hỗ trợ** quyền xem hồ sơ về sức khỏe của bệnh nhân, như là:

a. Giấy Khai Sanh
b. Quyền Bảo Hộ (như, lệnh Tòa hoặc giấy thỏa thuận giữ con)
c. Giấy Ủy Quyền của Người Chăm Sóc
d. Chỉ Thị Trước hoặc Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe

Chữ ký của của Người Đại Diện Thụ Ủy:_____

Ngày: _____

Clinic documentation only below this line. Only applicable for patients with Diminished Capacity.

Physician Attestation that Patient Lacks Capacity to Consent:

To assure continued coordination of care for the above patient, it is important that the proxy representative identified above have full access to myHealth Online. This patient has clinical and developmental challenges that prevent him/her being able to consent to care.

Physician Signature: _____ Date: _____

Physician Name: _____

VT-4219L Translated by VMC. LS. CV. 10/2018

COUNTY OF SANTA CLARA
Health System