

## YÊU CẦU CỦA NGƯỜI ỦY QUYỀN ĐỐI VỚI TRẺ VỊ THÀNH NIÊN

Tiếp cận Hồ Sơ INTEGRIS & Me của Con Quý Vị

Để đăng ký tiếp cận hồ sơ INTEGRIS & Me của con quý vị, vui lòng điền vào giấy Ủy Quyền Đối Với Trẻ Vị Thành Niên này. Vui lòng lưu ý rằng quý vị sẽ có thể truy cập biểu đồ của con quý vị thông qua hồ sơ INTEGRIS & Me. Việc điền vào mẫu đơn này sẽ lập một hồ sơ INTEGRIS & Me cho quý vị và con mình. Vui lòng cung cấp ID do chính phủ cấp để xác minh danh tính khi gửi mẫu đơn này.

### THÔNG TIN VỀ CHA MẸ hoặc NGƯỜI GIÁM HỘ (Tất Cả Các Phần Là Bắt Buộc - Vui Lòng Viết In Rõ) Phần này phải được điền bởi người yêu cầu tiếp cận hồ sơ INTEGRIS & Me của trẻ vị thành niên.

TÊN - HỌ, TÊN, TÊN ĐỆM	<input type="radio"/> Nam <input type="radio"/> Nữ	NGÀY SINH	Số An Sinh Xã Hội
ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ ZIP
SỐ ĐIỆN THOẠI <input type="radio"/> Nhà <input type="radio"/> Nơi Làm Việc <input type="radio"/> Di Động	ĐỊA CHỈ EMAIL		

### THÔNG TIN VỀ TRẺ (Tất Cả Các Phần Là Bắt Buộc - Vui Lòng Viết In Rõ) Điền vào phần này với thông tin đối với trẻ có yêu cầu giấy ủy quyền.

TÊN - HỌ, TÊN, TÊN ĐỆM	<input type="radio"/> Nam <input type="radio"/> Nữ	NGÀY SINH	4 CHỮ SỐ CUỐI CÙNG CỦA SỐ SSN
ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ ZIP

### CÁC ĐIỀU KHOẢN và THỎA THUẬN CỦA INTEGRIS & Me

- Tôi hiểu rằng INTEGRIS & Me được thiết kế như một nguồn trực tuyến bảo mật về thông tin y tế bảo mật. Nếu tôi chia sẻ ID và mật khẩu INTEGRIS & Me của tôi với một người khác, người đó có thể xem thông tin sức khỏe của tôi hoặc của con tôi, và thông tin sức khỏe về một người mà tôi có giấy ủy quyền INTEGRIS & Me.
- Tôi đồng ý rằng tôi có trách nhiệm chọn một mật khẩu bảo mật, bảo quản mật khẩu của tôi một cách an toàn, và đổi mật khẩu nếu tôi cho rằng nó đã bị lộ dưới bất kỳ hình thức nào.
- Tôi hiểu rằng INTEGRIS & Me chứa thông tin y tế chọn lọc, giới hạn từ hồ sơ y tế của con tôi và INTEGRIS & Me không phản ánh nội dung hoàn chỉnh của hồ sơ y tế đó. Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể yêu cầu một bản sao trên giấy của hồ sơ y tế của con tôi từ Phòng Quản Lý Thông Tin Sức Khỏe tại INTEGRIS Health.
- Tôi hiểu rằng các hoạt động của tôi trong INTEGRIS & Me có thể được theo dõi bằng quy trình kiểm tra máy tính và dữ liệu tôi nhập có thể trở thành một phần của hồ sơ y tế của bệnh nhân.
- Tôi hiểu rằng quyền truy cập INTEGRIS & Me do INTEGRIS Health cung cấp để tiện cho bệnh nhân và INTEGRIS Health có quyền vô hiệu quyền truy cập INTEGRIS & Me vào bất kỳ lúc nào vì bất kỳ lý do gì. Tôi hiểu rằng việc sử dụng INTEGRIS & Me là tự nguyện và tôi không buộc phải sử dụng INTEGRIS & Me hay cho phép một người được ủy quyền INTEGRIS & Me.
- Nếu mối quan hệ pháp lý của người được ủy quyền với bệnh nhân có thay đổi, phải thông báo cho INTEGRIS Health ngay lập tức bằng cách gửi thông báo bằng văn bản cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe INTEGRIS của quý vị.

**Bằng việc ký tên bên dưới, tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu giấy đăng ký INTEGRIS & Me này và các Điều Khoản và Điều Kiện kèm theo, và xác nhận rằng tôi là cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của trẻ vị thành niên có tên bên trên.**

CHỮ KÝ CỦA CHA MẸ / NGƯỜI GIÁM HỘ HỢP PHÁP	NGÀY
TÊN VIẾT IN	QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN

Biểu mẫu đã hoàn thành có thể được gửi đến phòng Quản Lý Thông Tin của INTEGRIS Health qua số fax 405-552-8773, gửi bằng thư đến 3433 NW 56<sup>th</sup> Street, Bld. B Ste. C50 Oklahoma City, OK 73112, hoặc gửi bằng email đến [Healthinfomanagement@integrishealth.org](mailto:Healthinfomanagement@integrishealth.org). Nếu có thắc mắc, vui lòng gọi đến số 877-778-7211.

Patient Label
Patient Name:
MRN:
DOB:

