

匹兹堡大学医疗中心 (UPMC) 儿科代理申请表

什么是代理？

MyUPMC 包括一个代理访问功能，该功能代表患者、指定的家庭成员或其他授权的个人获取通过 MyUPMC 访问患者选择的健康信息的权利。

尊敬的患者/法定监护人：

我们理解您希望代表您的孩子获取 MyUPMC 的代理访问权。鉴于此，您的孩子的医疗保健信息的隐私权对我们很重要。请在下面的空白处提供您的孩子（患者）和您指定的希望担任其代理人的人的必要信息。

获得代理访问权后，您将能够访问 MyUPMC 的功能，这些功能会因孩子的年龄而有所不同。

注意，此表格不适用于且不得用于 UPMC 行为健康患者，或涉及医疗保健决定时的所有患者，决定包括但不限于：(1) 需要知情同意（适当的情况下撤销同意）的规程/服务，(2) 住进或离开疗养院或长期护理机构 (3) 捐赠器官、身体部位或身体用于医疗用途，包括尸体解剖授权及 (4) 继续或终止生命维持。对于重大的医疗保健决定，推荐订立正式的授权书或生前遗嘱。

要获得代理访问权，请填写以下申请表。

将此表格寄回至：**(*请寄回全部三页)**

或

发送传真至：724-933-1105

Children's Community Pediatrics
11279 Perry Highway, Suite 450
Wexford, PA 15090

代理人信息（所有部分均为必填 -- 请书写清晰。）

姓名（姓氏、第一个名字、中间名缩写）：_____

性别 - 请圈出来：女性或男性

出生日期：_____

家庭地址：_____

市：_____ 州：_____ 邮递区号_____

家庭电话号码：_____ 手机号码（选填）：_____

电子邮件地址：_____

与患者的关系：_____

孩子的信息（请确保下列信息正确无误。将错误的信息告诉办公室。）

姓名（姓氏、第一个名字、中间名缩写）：_____

性别 - 请圈出来：女性或男性

出生日期：_____

家庭地址：_____

市：_____ 州：_____ 邮编：_____

电话号码：_____

