



Formulario para el representante de un adulto
Acceso al expediente myChart de otro adulto
(Adult Proxy Form)
(Access to Another Adult's MyChart Record)

Para solicitar acceso al registro myChart de un adulto cuya atención médica usted ayuda a administrar, por favor complete este formulario. El paciente debe firmar este formulario, a menos que el representante también sea el Representante de Curador para la Toma de Decisiones del paciente. Por favor tenga en cuenta que se tendrá acceso al expediente del paciente a través de su registro (el representante) myChart. Al completar este formulario se establecerá un registro myChart para usted y para el paciente.

Información suya (Se requiere llenar todas las secciones – por favor escriba con letra clara)

Esta sección deber ser completada por el individuo que está solicitando acceso al registro myChart de otro adulto.

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____
Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____
Tiene usted una cuenta activa de MyChart con MemorialCare? Si No No sé

Información del paciente (Se requiere llenar todas las secciones – por favor escriba con letra clara)

Complete esta sección con información sobre el paciente cuyo registro myChart usted está solicitando acceder.

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____
Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____

Las condiciones de uso y el acuerdo de myChart

Mi firma a continuación, consta que yo entiendo y estoy de acuerdo en que:

- El propósito de myChart es servir como una fuente de información médica confidencial por internet. Si yo comparto la identificación y contraseña de mi cuenta myChart con otra persona, dicha persona podría ver la información de salud mía y la información de salud de quien me haya dado autorización para ser su representante de myChart;
- Es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantener mi contraseña segura y cambiar mi contraseña sí creo que de alguna manera podría haber sido puesta en peligro;

- myChart contiene información médica limitada y seleccionada del expediente médico del paciente y que myChart no es un reflejo del contenido completo del expediente médico. También entiendo que se puede solicitar una copia impresa del expediente médico del paciente del proveedor del cuidado de la salud del paciente;
- Mis actividades dentro de myChart podrían ser rastreadas por medio de una auditoría informática y que las entradas que realice podrían llegar a ser parte del expediente;
- MemorialCare provee acceso al myChart para el uso conveniente de los pacientes y que MemorialCare tiene el derecho de desactivar mi acceso al myChart en cualquier momento y por cualquier motivo;
- El uso de myChart es voluntario y no tengo la obligación de utilizar myChart o de que autorice a un representante de myChart;
- El adulto listado anteriormente podría solicitar en cualquier momento que ya no tenga yo acceso a la información de él/ella;
- MemorialCare y/o sus subsidiarios y proveedores afiliados se reservan el derecho de revocar el acceso del representante en cualquier momento y por cualquier motivo;
- Yo (a) enviaré mensajes en representación del adulto listado anteriormente por medio del expediente del individuo, (b) recibiré respuestas por medio del expediente de dicho individuo y (c) recibiré correos electrónicos de alerta al correo electrónico que registre en la sección que pide el correo electrónico al crear mi información de acceso para el registro myChart;
- **myChart jamás debe usarse para cuestiones urgentes.** El plazo de tiempo dentro del cual usted puede esperar recibir una respuesta a los mensajes electrónicos es de 2 días hábiles. Por lo tanto, para todas las cuestiones médicas urgentes, me comunicaré por teléfono al consultorio del médico, iré a una sala de urgencias o marcaré al 911.

▶ _____ / _____ / _____

Su firma (el representante) (Obligatorio) Parentesco con el paciente Fecha

Yo reconozco que he leído y entiendo este formulario de inscripción de myChart. Estoy de acuerdo con los términos y he decidido nombrar a la persona antemencionada como representante de mi myChart, de esa manera permitiéndole acceder mi expediente en myChart. Entiendo que puedo revocar este nombramiento en cualquier momento comunicándome con mi proveedor del cuidado de la salud.

▶ _____ / _____ / _____

**Firma del paciente
(o representante autorizado legalmente)
(Obligatorio) Parentesco con el representante Fecha**