



Formulario de apoderado para adultos/Adult Proxy Form

Solicitud para acceso de apoderado a registro de MyChart de paciente adulto

Este formulario puede ser utilizado por una persona que ayuda a gestionar la atención médica de otro adulto (el "Apoderado") para solicitar acceso al registro de MyChart de dicho adulto (el "Paciente"). Tanto el Paciente como el Apoderado deben completar y firmar este formulario. Tenga en cuenta que se accederá a la historia clínica del Paciente a través del registro de MyChart del Apoderado. Completar este formulario implicará crear un registro de MyChart para el Apoderado y para el Paciente, si el Paciente todavía no ha creado un registro de MyChart. Tanto el Paciente como el Apoderado deben proporcionar información completa y precisa. Los formularios incompletos pueden generar retrasos o la denegación del acceso.

Información del Apoderado (es obligatorio completar todas las secciones, escriba claramente con letra de imprenta)

Nombre legal (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____
 Número de seguro social (solo últimos 4 dígitos): _____ Correo electrónico: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Número de teléfono: _____

Información del Paciente (es obligatorio completar todas las secciones, escriba claramente con letra de imprenta)

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____
 Número de seguro social (solo últimos 4 dígitos): _____ Correo electrónico: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Número de teléfono: _____

Términos de MyChart y acuerdo: Al firmar este formulario, reconozco y comprendo que:

- La información médica del Paciente está protegida en virtud de las leyes federales y estatales. Al completar este formulario, el Paciente autoriza la divulgación de información médica seleccionada al Apoderado.
- MyChart es una fuente en línea segura de información médica confidencial. Acepto que es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantener mi contraseña de manera segura y cambiar mi contraseña si creo que puede haberse visto comprometida de alguna forma. Si comparto mi identificación (ID) y contraseña de MyChart con otra persona, esa persona puede visualizar la información médica del Apoderado o del Paciente.
- MyChart contiene información médica seleccionada y limitada proveniente de la historia clínica, y MyChart no refleja el contenido completo de la historia clínica.
- Mis actividades en MyChart pueden ser rastreadas y los datos que ingrese pueden pasar a formar parte de la historia clínica.
- El acceso a MyChart es proporcionado por Shepherd Center para una mayor comodidad y para ayudar a las personas a gestionar la atención médica del Paciente. Shepherd Center tiene derecho a desactivar el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier motivo.
- El uso de MyChart es voluntario y no tengo la obligación de utilizar MyChart o de designar un apoderado de MyChart. Sin embargo, también entiendo que si no se completa este formulario, Shepherd Center no proporcionará acceso de apoderado a MyChart.
- Una vez que se divulga la información, se puede volver a divulgar y tal vez ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.
- Shepherd Center no condiciona el tratamiento de la atención médica, el pago u otros servicios al hecho de que se complete este formulario.
- El Paciente puede revocar el acceso del Apoderado en cualquier momento mediante la presentación de una solicitud de revocación escrita a Shepherd Center. Esta revocación no afectará cualquier divulgación que se hubiera hecho antes de la solicitud de revocación.
- El Apoderado puede tener acceso a MyChart del Paciente hasta que el Paciente revoque el acceso.

Apoderado: Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendo este formulario y acepto sus términos.

_____/_____/_____
Firma del Apoderado (obligatorio) **Relación con el Paciente** **Fecha**

Paciente: Reconozco que he leído y comprendo este formulario. Acepto los términos de este formulario y elijo designar como mi Apoderado a la persona que se mencionó anteriormente, por lo tanto le permito a esa persona que acceda a mi historia clínica de MyChart.

_____/_____/_____
Firma del Paciente (o persona autorizada) (obligatorio) **Relación con el Paciente** **Fecha**