

Formulario del apoderado del adulto

MyChart es un servicio proporcionado por el sistema de OSF Healthcare.

Acceso a la cuenta de MyChart de otro adulto

Para solicitar acceso a la cuenta de MyChart de un adulto cuya atención médica o pago de la atención usted administra, complete las dos páginas de este formulario. El paciente debe firmar este formulario y dar su autorización en la página 2 a través del formulario "Autorización del apoderado adulto para acceder a la información médica". Se accederá a la cuenta del paciente a través de su cuenta de MyChart (la del apoderado). Se debe completar este formulario antes de que se pueda configurar una cuenta de MyChart para usted y se acceda a la información del paciente. Entregue los formularios completos al proveedor de atención médica.

Escriba la información del paciente a continuación: (Todos los campos son obligatorios; escriba claramente en letra de imprenta).

Nombre (*apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre*): _____

Últimos cuatro dígitos del número de seguro social: XXX-XX- _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Masculino _____ Femenino

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre/Consultorio del proveedor: _____

Información del representante: (Todos los campos son obligatorios – favor de escribir con claridad.)

Nombre (*apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre*): _____

Últimos cuatro dígitos del número de seguro social: XXX-XX- _____

Género: _____ Masculino _____ Femenino

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Términos y acuerdo de MyChart

- Entiendo que mi proveedor contrató al sistema de OSF Healthcare para proporcionar MyChart.
- Entiendo que MyChart sirve como una fuente segura en línea de información médica confidencial. Si comparto mi identificación y contraseña de MyChart con otra persona, esa persona podría visualizar mi información de salud o la de mi hijo/a, y la información de salud sobre alguien que me haya autorizado como apoderado de MyChart.
- Acepto que soy responsable de seleccionar una contraseña confidencial, de conservar mi contraseña de manera segura y de cambiarla si creo que se ha comprometido de alguna manera.
- Entiendo que MyChart contiene información médica seleccionada y limitada del expediente médico del paciente y que MyChart no refleja el contenido completo de ese expediente. También entiendo que se puede solicitar una copia impresa del expediente médico completo de un paciente al proveedor correspondiente.
- Entiendo que mis actividades dentro de MyChart se pueden rastrear por auditoría informática y que lo que ingrese puede convertirse en parte del expediente médico del paciente.
- Entiendo que el sistema de OSF Healthcare se contrató para que yo acceda a MyChart, y que el sistema de OSF Healthcare y/o mi médico tienen derecho a desactivar el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier motivo. Entiendo que el uso de MyChart es voluntario y no estoy obligado a usar MyChart ni a autorizar a un apoderado de MyChart.
- Al firmar abajo, reconozco que he leído y entendido este formulario, y acepto sus términos. Además, acepto todos y cada uno de los términos y condiciones actuales y futuros indicados en el sitio de MyChart.

/ /

Firma del paciente (o de la persona autorizada) (Obligatoria) **Relación con el paciente** **Fecha**

Reconozco que he leído y entendido este formulario. Acepto sus términos y condiciones indicados arriba.

/ /

Firma del apoderado (Obligatoria) **Relación con el paciente** **Fecha**

Este formulario es una autorización que permitirá acceder a su información médica disponible en MyChart al apoderado adulto designado. Léalo cuidadosamente.

Este formulario debe completarlo el paciente que autoriza a otro adulto a acceder a la información médica de su cuenta de MyChart. Debe acompañar al “Formulario del apoderado adulto”, que indica el nombre y la información de la persona que el paciente autoriza para acceder a su cuenta de MyChart como apoderado.

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): _____

Fecha de nacimiento: _____

Autorización del apoderado adulto para acceder a la información médica

Solicito que _____
(nombre del apoderado en letra de imprenta), quien acepto que participa en mi atención, o en el pago de mi atención, y cuya fecha de nacimiento es _____ obtenga acceso a mi información de salud disponible en mi cuenta de MyChart. Esta persona es mi apoderado designado de MyChart. Autorizo a mi apoderado de MyChart a que acceda a la información de salud incluida en mi cuenta de MyChart. Entiendo que la información médica de MyChart se obtiene de mi expediente médico electrónico y puede incluir información médica delicada, como información relacionada con la salud mental, afecciones causadas por el abuso de alcohol o drogas, discapacidades del desarrollo, etc. Autorizo a mi apoderado designado a que acceda a toda la información actualmente existente en mi cuenta de MyChart y a la que pueda existir en un futuro.

Entiendo y acepto que mi apoderado es mi representante personal designado que puede comunicarse libremente con el médico y el personal de su consultorio, así como recibir comunicaciones de ellos, en mi nombre.

Entiendo que, una vez que se haya accedido a la información, existe la posibilidad de que el apoderado la revele. Es posible que la información revelada por su apoderado no esté cubierta por las protecciones federales de privacidad.

La participación en MyChart y la designación de un apoderado de MyChart son completamente voluntarias. Entiendo que no estoy obligado a designar un apoderado de MyChart ni a dar esta autorización. También entiendo que el proveedor no condiciona ninguno de mis tratamientos, pagos de la atención médica ni otros servicios a que yo proporcione esta autorización. Sin embargo, también entiendo que, si no lo autorizo, el proveedor no podrá darle acceso a mi cuenta de MyChart a mi apoderado designado.

Esta autorización no vencerá hasta que yo muera, a menos que la revoque, o que el apoderado designado renuncie a su puesto. Cualquiera de las dos personas puede revocar el acceso en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, finalizará el acceso de mi apoderado designado a mi cuenta de MyChart. Además, entiendo que mi revocación no afectará el acceso a cualquier información realizado antes del procesamiento de la solicitud de revocación; el cambio tardará varios días en procesarse.

Fecha: _____ Nombre del médico: _____

Firma del paciente (o de la persona autorizada): _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Solo para uso del personal. Marque la casilla para indicar la autoridad cuando firme una persona que no sea el paciente (p. ej., el tutor) y verifique que la documentación adecuada se incluya en la historia clínica del paciente.

Podernotarial (POA) archivado Documentos de tutela archivados

Firma del miembro del personal: _____