

Formulario de REVOCACIÓN del apoderado

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

Soy el paciente. Quiero revocar el acceso del apoderado que autoricé anteriormente como se indica abajo.

Soy un apoderado. Quiero revocar el acceso de apoderado que se me concedió para el paciente identificado abajo.

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*): _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Masculino _____ Femenino

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

Nombre del proveedor: _____

Consultorio del proveedor: _____

Información del apoderado: (Todas las secciones son obligatorias; escriba claramente en letra de imprenta).

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

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____

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

Correo electrónico: _____

Según el acuerdo que firmé sobre el acceso del apoderado a un formulario de *Cuenta* de MyChart, present solicitud para revocar el acceso del apoderado mencionado arriba a la cuenta de MyChart del paciente mencionado arriba. Entiendo que la cancelación del acceso del apoderado puede demorar hasta 7 días. Al entiendo que, si no soy el apoderado, debo notificar esta revocación al apoderado. Mi proveedor no notific apoderado.

▶ _____
Nombre en letra de imprenta

▶ _____ / _____
Firma Fecha (Obligatoria)

▶ _____ / _____
Firma del testigo (cualquier persona que no sea el padre, la madre o el paciente puede ser testigo) Fecha (Obligatoria)