



**Autorización para ingresar al historial de otro adulto en *Mercy MyChart***

Para autorizar a otra persona, quien le ayuda a manejar sus cuidados médicos, a que ingrese a su *Mercy MyChart*, por favor complete ésta forma. Ésta forma es válida hasta que sea revocada por el paciente por escrito con el Mercy Health System.

**Información del paciente** (Persona autorizando el ingreso a *MyChart* access) \*

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

**Información del representante** (Persona solicitando el acceso)

Nombre del representante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_

**Términos y acuerdos de MyChart**

- ⌘ Yo entiendo que *Mercy MyChart* tiene la intención de ser un recurso protegido en línea con información médica incluyendo una cantidad limitada de información obtenida de mi historial médico electrónico y puede incluir información de todas las instalaciones de Mercy Health System. Ésto puede incluir información acerca de mi salud mental, discapacidades de desarrollo, abuso de alcohol y/o drogas, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) resultados de la prueba del VIH y/o exámenes de intoxicación.
- ⌘ Yo entiendo que el ingreso a *Mercy MyChart* es provisto como una comodidad para los pacientes y que el Mercy Health System tiene el derecho a negar el ingreso a *Mercy MyChart* en cualquier momento.
- ⌘ Yo entiendo que una vez que la información ha sido divulgada, puede ser potencialmente re-divulgada por el representante, y que la información divulgada puede no estar protegida por la protección federal a la privacidad.
- ⌘ Yo entiendo que designar a un representante para *Mercy MyChart* es voluntario. Yo no estoy obligado a designar a un representante para *Mercy MyChart* y yo no estoy obligado a entregar esta autorización. Yo también entiendo que el Mercy Health System no va a condicionar mi tratamiento médico, pagos, registro o elegibilidad para beneficios en el hecho de que yo entregue o no ésta autorización.
- ⌘ Yo entiendo que ésta autorización es válida hasta que yo la revoque por escrito con el Mercy Health System. Si yo revoco esta autorización, el ingreso de mi representante a *Mercy MyChart* va a ser suspendido.
- ⌘ Yo entiendo que mi revocación no va a afectar ninguna divulgación que se haya hecho antes de haber procesado la revocación.

Yo reconozco que he leído y que comprendo ésta forma para otorgar ingreso a otro adulto a mi *Mercy MyChart*. Yo acepto sus términos y elijo designar como representante a la persona nombrada arriba para *Mercy MyChart*, permitiéndole de éste modo el acceso a mi historial médico electrónico en *Mercy MyChart*.



Firma (Paciente)

Relación con el representante

Fecha (Requerida)