

Ingreso al historial médico *Mercy MyChart* de otro adulto

Para solicitar acceso a una cuenta de *Mercy MyChart* de un paciente adulto con cuyo cuidado médico usted esta colaborando, por favor complete ésta forma. Esta forma es válida hasta que sea revocada por el paciente por escrito con el Mercy Health System.

Regrese todas las formas al: MyChart Support
1236 Barberry Dr.
Janesville WI 53546 888-99MYCHART o 888-996-9242
Fax # 608-314-8722

Por favor escriba claramente:

Información del representante (Persona solicitando el acceso)

Nombre del representante _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
(Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: ____
Email: _____ Número telefónico: _____

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

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

Relación con el paciente:

- Guardián legal ** Poder notarial para cuidados médicos (POA) **
 Otro (especifique) _____

Términos y acuerdos de MyChart

- ⌘ Yo entiendo que *Mercy MyChart* es un recurso protegido en línea de información médica confidencial. Si yo comparto mi Nombre de usuario y Contraseña para *Mercy MyChart* con otra persona, esa persona puede ver la información médica de mi hijo(a).
- ⌘ Yo entiendo que es mi responsabilidad asegurarme de que mi dirección electrónica esté actualizada en todo momento, y que si mi e-mail no está actualizada, no voy a recibir mensajes importantes de *Mercy MyChart*.
- ⌘ Yo entiendo que *Mercy MyChart* contiene información médica seleccionada y que *Mercy MyChart* no refleja el contenido total de mi historial médico.
- ⌘ Yo entiendo que mis actividades en *Mercy MyChart* pueden ser monitoreadas electrónicamente y que los datos que yo inserte se pueden volver parte de mi historial medico.
- ⌘ Yo entiendo que el acceso a *Mercy MyChart* es provisto como una comodidad para los pacientes y que el Mercy Health System tiene el derecho a negar el acceso a *Mercy MyChart* en cualquier momento.
- ⌘ Yo entiendo que mi uso de *Mercy MyChart* es voluntario y que el ingreso como representante puede ser revocado si el paciente lo comunica por escrito al Mercy Health System.

Yo reconozco que he leído y que comprendo ésta forma para solicitar el poder de ingresar al *Mercy MyChart* de otro adulto. Yo acepto sus términos y elijo ser designado como representante para *Mercy MyChart*, permitiendo de éste modo mi ingreso al historial médico en *Mercy MyChart* del paciente nombrado arriba.

→ _____
Firma (Representante) Relación con el paciente Fecha (requerido)

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)