

Ingreso al historial médico *Mercy MyChart* de un menor

Para solicitar acceso a una cuenta de *Mercy MyChart* de un paciente menor de edad de cuyo cuidado médico usted esta a cargo, por favor complete ésta forma. El ingreso va a ser suspendido automáticamente cuando el menor cumpla 18 años.

Regrese todas las formas al: MyChart Support
3524 E Milwaukee St
Janesville WI 53546 888-99MYCHART or 888-996-9242 Fax # 608-756-7284

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: _____

Relación con el paciente:
 Padre/Madre Guardián legal ** Otro (especifique) _____

Información de menor:

- A. Nombre _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
(Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)
- B. Nombre _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
(Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)
- C. Nombre _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
(Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)

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. Esto 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 medico, 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 o que el menor nombrado arriba alcance la edad de 18 años y yo ya no pueda ingresar a su cuenta de *Mercy MyChart*.
- ⌘ 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 solicitar el poder de ingresar al *Mercy MyChart* de un menor y que acepto sus términos.

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