

**Ingreso al historial médico *Mercyhealth MyChart* de otro adulto**

Para solicitar acceso a una cuenta de *Mercy MyChart* de un paciente adulto, por favor complete esta forma. Esta forma es válida hasta que sea revocada por el paciente por escrito con el Mercy Health System. **Por favor escriba claramente.**

**Envíe por correo o fax a:** MyChart Support Fax: 608-314-8722  
1236 Barberry Dr  
Janesville WI 53546 Contact Support: 888-99MYCHART or 888-996-9242

**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*)

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) \_\_\_\_\_

\*\* Por favor provea una copia de los documentos legales verificando esta información si no está en los archivos todavía.

**Términos y acuerdos de *Mercyhealth MyChart***

- ⌘ Yo entiendo que *Mercyhealth 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 *Mercyhealth*. 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 si yo comparto mi Nombre de usuario y Contraseña para *Mercyhealth MyChart* con otra persona, esa persona puede ver mi información e información médica de alguien que me haya autorizado como su representante.
- ⌘ Yo acepto que es mi responsabilidad seleccionar una clave de acceso confidencial, mantener mi clave de acceso protegida de algún modo, y cambiar mi clave de acceso si yo creo que haya podido estar comprometida de algún modo.
- ⌘ Yo entiendo que el acceso a *Mercyhealth MyChart* es provisto como una comodidad para los pacientes y que el Mercy Health System tiene el derecho a negar el acceso a *Mercyhealth MyChart* en cualquier momento.
- ⌘ Yo comprendo que lo que ingrese al historial se puede volver parte del historial médico legal de mi hijo(a).
- ⌘ 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 mi uso de *Mercy MyChart* es voluntario y mi acceso como representante puede ser revocado si el paciente lo comunica por escrito al Mercy Health System.
- ⌘ Yo entiendo que mis revocaciones no van a afectar cualquier divulgación que se realizó antes de procesar la revocación.
- ⌘ Yo entiendo que los términos y condiciones adicionales correspondientes a mi uso de *Mercyhealth MyChart* están publicadas en el sitio y acepto cualquier término y condición actual y futura publicada en el sitio de *Mercyhealth MyChart*.

Al firmar abajo, yo reconozco que he leído y que comprendo esta forma. Yo acepto los términos y elijo ser designado como representante para *Mercyhealth MyChart* permitiendo de este modo mi ingreso al historial médico en *Mercyhealth MyChart* del paciente nombrado arriba.



\_\_\_\_\_  
Firma (Representante)

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha (requerido)

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

Para autorizar el acceso de otra persona a mi *Mercyhealth MyChart*, por favor complete esta forma. Ésta forma es válida hasta que sea revocada por el paciente por escrito con el Mercy Health System. **Por favor escriba claramente.**

**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: \_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

**Términos y acuerdos de MyChart**

- ⌘ Yo entiendo que *Mercyhealth 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 Mercyhealth. 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 *Mercyhealth MyChart* es provisto como una comodidad para los pacientes y que el Mercyhealth tiene el derecho a negar el ingreso a *Mercyhealth 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 *Mercyhealth MyChart* es voluntario. Yo no estoy obligado(s) a designar a un representante para *Mercyhealth MyChart* y yo no estoy obligado a entregar esta autorización. Yo también entiendo que el *Mercyhealth* no va a condicionar mi tratamiento médico, pagos, registro o elegibilidad para beneficios en el hecho de que yo entregue o no esta autorización.
- ⌘ Yo entiendo que mi revocación no va a afectar ninguna divulgación que se haya hecho antes de haber procesado la revocación.
- ⌘ Yo entiendo que los términos y condiciones adicionales correspondientes a mi uso de *Mercyhealth MyChart* están publicadas en el sitio y acepto cualquier término y condición actual y futura publicada en el sitio de *Mercyhealth MyChart*.
- ⌘ Yo entiendo que esta 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 *Mercyhealth MyChart* va a ser suspendido.

Al firmar abajo, yo reconozco que he leído y que comprendo esta forma y acepto los términos. Yo autorizo la divulgación de mi información médica. Yo autorizo a la persona nombrada arriba acceso a mi cuenta de *Mercyhealth MyChart* que contiene mi información médica actualmente disponible y que pueda volverse disponible como resultado de cuidados médicos en un futuro.

→ \_\_\_\_\_  
Firma (Paciente) Relación con el representante Fecha (Requerida)