

MYCHART PROXY ACCESS FORM

FORMULARIO PARA EL ACCESO DE REPRESENTANTE A MYCHART

MYCHART PROXY ACCESS INFORMATION PAGE

PÁGINA DE INFORMACIÓN PARA EL ACCESO DE REPRESENTANTE A MYCHART

WHAT IS PROXY ACCESS?

¿QUÉ ES UN ACCESO DE REPRESENTANTE?

MyChart Proxy Access allows a person to access data in another person's medical record. Patients may wish to grant access to a family member and/or friend when they need assistance managing their appointments and other medical needs.

El Acceso de Representante a MyChart le permite a una persona acceder a los datos médicos de otra persona. Puede que los pacientes deseen concederle acceso a parientes y/o amistades cuando necesiten ayuda administrando las citas y otras necesidades médicas.

In any proxy relationship, two people are involved. One of these is the person whose chart is being accessed. This person is called the **patient**. The other is the person who needs access to the chart. This person is called the **proxy**.

En una relación de representante hay dos personas involucradas. Una de ellas es la del expediente al que se accede. Esta persona es el (la) **paciente**. La otra persona es la que necesita el acceso al expediente. Esta persona es el (la) **representante**.

A patient must give a proxy permission to access their medical information through MyChart by completing and submitting the MyChart Proxy Access Request form. No one should ever access another person's MyChart account unless it has been linked to their own through proxy access.

El (la) paciente tiene que darle permiso a un representante para acceder a su información médica por MyChart al rellenar y enviar el formulario Solicitud de Acceso de Representante a MyChart. Nadie jamás debe tener acceso a la cuenta MyChart de otra persona a menos que esté conectada con la suya propia mediante el acceso de representante.

Adult patients with their own MyChart account can revoke a proxy's access via the patient's own MyChart account at any time.

En cualquier momento los pacientes adultos que tienen su propia cuenta MyChart pueden cancelar el acceso de un representante por medio de su propia cuenta MyChart.

MYCHART PROXY ACCESS FORM

ACCESO DE REPRESENTANTE A MYCHART

HOW DO I REQUEST PROXY ACCESS?

¿CÓMO SOLICITO EL ACCESO DE REPRESENTANTE?

Complete and submit the MyChart Proxy Access Request form.

Complete y envíe el formulario Solicitud de Acceso de Representante a MyChart.

WHAT HAPPENS NEXT?

¿Y AHORA QUÉ?

Once we receive and approve the request form, we will set up the patient's MyChart account for proxy access. If the proxy does not have a MyChart account, we will email a unique access code and activation instructions to the email address provided on the form. The accounts will be linked and available once the account is activated.

Cuando recibamos y aprobemos el formulario de la solicitud, configuraremos la cuenta MyChart del paciente para que el (la) representante tenga acceso. Si el (la) representante no tiene una cuenta MyChart, enviaremos por el correo electrónico provisto en el formulario un código de acceso único junto con las instrucciones de activación. Las cuentas estarán conectadas y disponibles una vez que se active la cuenta.

Proxies who already have a MyChart account will receive notification through a MyChart secure message when the accounts are linked with proxy access. Expect to have a response within two business days.

Los representantes que ya tienen una cuenta MyChart recibirán una notificación bajo seguridad mediante MyChart cuando las cuentas estén conectadas con el acceso de representante. Espere tener una respuesta dentro de dos días laborables.

MYCHART PROXY ACCESS FORM
ACCESO DE REPRESENTANTE A MYCHART

DATE (Fecha): _____

PATIENT INFORMATION: (Completion of all sections required – please print clearly)
INFORMACIÓN DEL PACIENTE: (es obligatorio llenar todas las secciones – favor de escribir claramente en letra de molde)

Name (last, first, middle initial): _____
Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): _____

Date of Birth: _____ Social Security Number (Full): _____
Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social (completo): _____

Street Address: _____ Phone Number: _____
Dirección residencial: _____ Número de teléfono: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zona postal: _____

Email Address: _____
Correo electrónico: _____

PROXY INFORMATION:
INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE

Name (last, first, middle initial): _____
Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): _____

Date of Birth: _____ Social Security Number (Full): _____
Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social (completo): _____

Street Address: _____ Phone Number: _____
Dirección residencial: _____ Número de teléfono: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zona postal: _____

Email Address: _____ Relationship to Patient: _____
Correo electrónico: _____ Parentesco con el (la) paciente: _____

MYCHART PROXY ACCESS FORM**ACCESO DE REPRESENTANTE A MYCHART****TERMS: FOR PATIENT GRANTING ACCESS TO HIS/HER MEDICAL RECORD:****TÉRMINOS: PARA EL (LA) PACIENTE CONCEDIENDO EL ACCESO A SU HISTORIAL MÉDICO:**

- I understand and agree that access to my protected health information within MyChart is subject to the MyChart Terms and Conditions. I understand that failure to comply with the terms and conditions of use for MyChart may result in the termination of MyChart access privileges.
- Entiendo y acepto que el acceso a mi información médica protegida dentro de MyChart está sujeta a los Términos y Condiciones de MyChart. Entiendo que el no cumplir con los términos y condiciones de uso de MyChart puede resultar en que se eliminen los privilegios de acceso MyChart.
- I understand that for all medical emergencies, I need to immediately dial 911.
- Entiendo que para toda emergencia médica debo marcar inmediatamente al 911.
- I understand that the medical information included in MyChart may include medical information considered very personal, including information about sexually transmitted and other communicable diseases, drug and alcohol abuse, HIV/AIDS, and mental health services. My health care provider, its employees, officers and physicians are hereby released from any legal responsibility or liability for disclosure of the above information to the extent indicated and authorized herein.
- Yo entiendo que la información médica incluida en MyChart puede incluir información considerada muy personal, incluyendo información por enfermedades sexualmente transmisibles y otras que se transmitan, drogadicción y el alcoholismo, VIH / SIDA, y servicios de salud mental. Mi profesional médico, sus empleados, los funcionarios y médicos quedarán exentos de cualquier responsabilidad legal u obligación por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en el presente documento.
- I understand that this authorization will continue until revoked. I understand that I may revoke this consent at any time in MyChart or may contact my clinic to have a proxy's access revoked.
- Entiendo que esta autorización continuará hasta que sea revocada. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento en MyChart o puedo ponerme en contacto con mi clínica para revocar el acceso de un representante.
- I understand this agreement must be filled out completely, signed and dated. A copy that has not been altered will be considered as valid as the original.
- Yo entiendo que este acuerdo debe ser rellenado completamente, firmado y fechado. Una copia que no ha sido alterada será considerada tan válida como el original.
- I acknowledge that I have read and understand this MyChart form. I agree to its terms and choose to designate the person/persons named as my MyChart Proxy, thereby allowing them access to my medical information via MyChart.

MYCHART PROXY ACCESS FORM

ACCESO DE REPRESENTANTE A MYCHART

- Reconozco que he leído y entiendo este formulario MyChart. Estoy de acuerdo con sus términos y opto por designar a la persona o personas nombradas como mi representante MyChart, permitiéndole así acceder a mi información médica a través de MyChart.

ACKNOWLEDGMENT OF TERMS AND SIGNATURE

ACPETACIÓN DE LOS TÉRMINOS Y FIRMA

I acknowledge that I have read and understand the MyChart Proxy Access Terms

***Confirmo que he leído y entiendo los Términos de Acceso a MyChart ***

| Signature of Patient (or authorized person) | Relationship to patient (if applicable) | Date |
|--|--|-------------|
| Firma del (la) paciente (o persona autorizada) | Parentesco con el paciente (si es aplicable) | Fecha |