

myChart 代理授权表

访问其他患者的 MyChart 记录

如您需申请访问您协助管理医疗照护的成人或儿童的 MyChart 记录，请填写此表格。患者必须签署此表格，除非代理人同时也是患者的法定授权代理决策者。请注意，患者的病历将通过您（代理人）的 MyChart 记录进行访问。填写此表格将为您和该患者建立 MyChart 记录。

第 1 步：

您的信息（所有字段均为必填项——请字迹工整）

本部分应由申请查看其他成人或儿童的 myChart 病历的人员填写。

姓名（姓、名、中间名首字母）： _____
出生日期： _____ 电话号码： _____
街道地址： _____ 城市： _____ 州： _____ 邮编： _____
电子邮箱地址： _____

您是否拥有 MemorialCare 的有效 myChart 账户？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

第 2 步：

申请的是哪种类型的访问权限？

- 成人对成人代理访问：请继续至第 2a 步
- 成人对未成年人代理访问：请继续至第 2b 步
- 青少年授权父母完全代理访问：请继续至第 2c 步

第 2a 步：成人对成人代理访问

☐ 本人是一名成人，申请访问另一位成人的 myChart 病历

☐ 本人是一名成人，申请访问另一位不具备决策能力的成人的 myChart 病历。该访问权限将在临床团队审核和确认后授予。

医生证明：作为下述成人患者的治疗医生，经本人评估，该患者不具备根据加利福尼亚州法律提供必要同意以获取和接受医疗服务所需的成熟度或精神能力。

医生签名 _____ 医生姓名 _____

成人患者信息（所有字段均为必填项——请字迹工整）

请在此部分填写您申请访问其 myChart 病历的成年患者的相关信息。

姓名（姓、名、中间名首字母）：_____
出生日期：_____ 电话号码：_____
街道地址：_____ 城市：_____ 州：_____ 邮编：_____
电子邮箱地址：_____

► 请继续进行第 3 步，阅读 myChart 条款与协议。

第 2b 步：成人对未成年人代理访问

- ☐ 本人是父母或法定监护人，申请访问未成年人的 myChart 病历
- ☐ 本人是父母或法定监护人，申请访问不具备决策能力的未成年人的 myChart 病历。该访问权限将在临床团队审核和确认后授予。

医生证明：作为下述未成年人的治疗医生，经本人评估，该未成年人不具备根据加利福尼亚州法律提供必要同意以获取和接受医疗服务所需的成熟度或精神能力。

医生签名_____ 医生姓名_____

患儿信息（所有字段均为必填项——请字迹工整）

请注意以下 myChart 的年龄范围限制。这些年龄范围限制不影响您通过其他方式访问您子女记录的任何合法权利。如您需申请您子女记录的纸质副本，请联系您子女的医疗服务提供者。

* 未成年人的法定监护人必须附上法院指定监护令的副本，以证明代理人作为患者永久法定监护人的身份。

- 如果孩子为 **0-11 岁**：您将被授予该儿童 myChart 记录的完全访问权限。
- 如果孩子为 **12-17 岁**：您将被授予该儿童 myChart 记录的部分访问权限。
（例如，预约安排、过敏信息、免疫接种记录）。
- 一旦孩子**年满 18 岁**，您将不再拥有该儿童 myChart 记录的访问权限。

请为每位儿童提供以下信息：

A. 姓名（姓、名、中间名首字母）：_____
出生日期：_____ 街道地址：_____
城市：_____ 州：_____ 邮政编码：_____



- B. 姓名 (姓、名、中间名首字母): _____
出生日期: _____ 街道地址: _____
城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____
- C. 姓名 (姓、名、中间名首字母): _____
出生日期: _____ 街道地址: _____
城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____
- D. 姓名 (姓、名、中间名首字母): _____
出生日期: _____ 街道地址: _____
城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____

► 请继续进行第 3 步, 阅读 myChart 条款与协议。

第 2c 步: 青少年授权父母/法定监护人完全代理访问

☐ 本人是一名青少年未成年人, 请求本人的父母或法定监护人获得对本人 myChart 病历的增强版完全青少年代理访问权限

青少年患者信息 (所有字段均为必填项——请字迹工整)

12 至 17 岁的未成年患者: 请填写本部分, 以授权您的父母/法定监护人对 myChart 的完全访问权限。

姓名 (姓、名、中间名首字母): _____
出生日期: _____ 电话号码: _____
街道地址: _____ 城市: _____ 州: _____ 邮编: _____
电子邮箱地址: _____

我理解, 通过本人在下方的签名, 本人授权本人的父母/法定监护人访问本人的医疗信息, 包括但不限于: 药物、过去和未来的预约、与本人的医疗服务提供者之间的所有消息、实验室和放射检查结果、免疫接种记录和账单信息。

► 请继续进行第 3 步, 阅读 myChart 条款与协议。

第 3 步： myChart 条款与协议

通过在下方签名，表示本人理解并同意：

- myChart 旨在作为保密医疗信息的安全在线来源。如果我将自己的 myChart ID 和密码分享给他人，该人可能能够查看本人或本人子女的健康信息，以及授权本人为 myChart 代理人的其他人员的健康信息；
- 我有责任选择一个保密的密码，以安全方式维护密码，并在本人认为密码可能以任何方式泄露时更改密码；
- myChart 包含患者病历中选定的、有限的医疗信息，且 myChart 不反映病历的完整内容。本人也理解，可向患者的医疗服务提供者请求获取患者病历的纸质副本；
- 我在 myChart 内的活动可能会被计算机审计跟踪，且我录入的信息可能成为病历的一部分；
- MemorialCare 提供 myChart 访问权限是为患者提供便利，且 MemorialCare 有权随时以任何理由停用 myChart 访问权限；
- 使用 myChart 是自愿的，本人并非必须使用 myChart，也并非必须授权 myChart 代理人；
- 如果我与所列儿童之一的法律关系发生变化，本人必须立即通过电话或书面方式通知医疗团队；
- MemorialCare 和/或其子公司及附属医疗机构保留随时以任何理由撤销代理访问权限的权利；
- 本人将 (a) 通过本人子女的病历发送通信，(b) 在该子女的病历中接收回复，并且 (c) 在创建本人的 MyChart 登录时，接收发送至电子邮件字段中所填电子邮件地址的电子邮件提醒；
- 请勿使用 myChart 处理紧急事务。电子消息的预期回复时间为 2 个工作日。因此，如遇紧急医疗情况，本人将通过电话联系医师办公室、前往急诊室或拨打 911。

► _____ / _____ / _____

您的（代理）签名 （必填）

与患者的关系

日期

本人确认已阅读并理解本 myChart 注册表。我同意其条款，并选择指定上述人员为本人的 myChart 代理人，从而允许其访问本人的 myChart 病历。我理解，本人可随时通过联系本人的医疗服务提供者来撤销此指定。

► _____ / _____ / _____

患者签名
（或法定授权代表）
（必填）

与代理人的关系

日期