

Formulario para representantes en myChart Acceso al expediente de myChart de otro paciente

Para solicitar acceso al expediente de myChart de un adulto o un niño cuya atención médica usted ayude a manejar, complete este formulario. El paciente debe firmar este formulario, a menos que el representante también sea la persona legamente responsable de tomar decisiones en nombre del paciente. Tenga en cuenta que accederá al expediente del paciente mediante su propio expediente de myChart (el del representante). Si completa este formulario, se creará un expediente de myChart para usted y para el paciente.

Paso 1:

Su información (todos los campos son obligatorios; escriba claramente en letra de molde)

Esta sección debe completarla la persona que solicita acceso al expediente de myChart de otro adulto o de un niño.

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Tiene una cuenta de myChart activa en MemorialCare? Sí No No sé

Paso 2:

¿Qué tipo de acceso solicita?

- Acceso como adulto representante de otro adulto: Siga con el paso 2a.
- Acceso como adulto representante de un niño: Siga con el paso 2b.
- Adolescente que da acceso completo a su padre o madre como representante: Siga con el paso 2c.

Paso 2a: Acceso como adulto representante de otro adulto

Soy un adulto que solicita acceso al expediente de myChart de otro adulto.

Soy un adulto que solicita acceso al expediente de myChart de un paciente adulto que no tiene capacidad de tomar decisiones. Este acceso se dará tras la revisión y confirmación del equipo clínico.

Confirmación del médico: Según mi evaluación como médico encargado del paciente adulto identificado abajo, el paciente no tiene la madurez o la capacidad mental para dar el consentimiento necesario para recibir servicios de atención médica según lo permite la ley de California.

Firma del médico: _____ Nombre del médico: _____

Información del paciente adulto (todos los campos son obligatorios; escriba claramente en letra de molde)

Complete esta sección con la información del paciente adulto a cuyo expediente de myChart usted solicita acceso.

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____
Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: ____
Dirección de correo electrónico: _____

► **Siga con el paso 3 para revisar los términos y el acuerdo de myChart.**

Paso 2b: Acceso como adulto representante de un niño

- Soy el padre, la madre o el tutor legal y solicito acceso al expediente de myChart del niño.
- Soy el padre, la madre o el tutor legal y solicito acceso al expediente de myChart del niño, quien no tiene capacidad de tomar decisiones. Este acceso se dará tras la revisión y confirmación del equipo clínico.

Confirmación del médico: Según mi evaluación como médico encargado del niño identificado abajo, el niño no tiene la madurez o la capacidad mental para dar el consentimiento necesario para recibir servicios de atención médica según lo permite la ley de California.

Firma del médico: _____ Nombre del médico: _____

Información del paciente menor de edad (todos los campos son obligatorios; escriba claramente en letra de molde)

Tenga en cuenta las siguientes limitaciones de myChart según la edad. Estas limitaciones según la edad no afectan a ningún derecho legal que usted tenga de acceder al expediente de su hijo por otros medios. Para solicitar una copia impresa del expediente de su hijo, comuníquese con el proveedor de atención médica del niño.

* **El tutor legal del niño debe adjuntar una copia de la carta de designación judicial del tutor en la que se verifique el estado del representante como tutor legal permanente del paciente.**

- Si el niño tiene **entre 0 y 11 años**: usted tendrá acceso completo al expediente de myChart del niño.
- Si el niño tiene **entre 12 y 17 años**: usted tendrá acceso parcial al expediente de myChart del niño (por ejemplo, programación de consultas, alergias, vacunas).
- Una vez que el niño cumpla **18 años**, usted ya no tendrá acceso al expediente de myChart del niño.

Indique la siguiente información de cada niño:

A. Nombre (*apellido, nombre, inicial del segundo nombre*): _____
Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

- B. Nombre (*apellido, nombre, inicial del segundo nombre*): _____
Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____
- C. Nombre (*apellido, nombre, inicial del segundo nombre*): _____
Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____
- D. Nombre (*apellido, nombre, inicial del segundo nombre*): _____
Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

► **Siga con el paso 3 para revisar los términos y el acuerdo de myChart.**

Paso 2c: Adolescente que da acceso completo a su padre, madre o tutor legal como representante

Soy un adolescente menor de edad y solicito que mi padre, madre o tutor legal tenga acceso completo como representante a mi expediente de myChart.

Información del paciente adolescente (todos los campos son obligatorios; escriba claramente en letra de molde)

Para pacientes entre 12 y 17 años: complete esta sección para darle a su padre, madre o tutor legal acceso **COMPLETO** a myChart.

Nombre (*apellido, nombre, inicial del segundo nombre*): _____
Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____
Dirección de correo electrónico: _____

Entiendo que, firmando abajo, doy a mi padre, madre o tutor legal acceso a mi información médica, incluyendo, entre otros, los medicamentos, las consultas anteriores y futuras, todos los mensajes que intercambie con mis proveedores, los resultados de las pruebas de laboratorio y radiología, las vacunas y la información sobre facturación.

► **Siga con el paso 3 para revisar los términos y el acuerdo de myChart.**

Paso 3: Términos y acuerdo de myChart

Firmando abajo, entiendo y acepto que:

- myChart sirve como una fuente en línea segura de información médica confidencial. Si comparto mi ID y contraseña de myChart con otra persona, es posible que esa persona pueda ver mi información médica o la de mi hijo, y la información médica de otra persona que me haya autorizado como representante para myChart.
- Es mi responsabilidad elegir una contraseña secreta, mantenerla protegida y cambiarla si considero que está comprometida de alguna manera.
- myChart solo contiene información médica limitada del expediente médico del paciente y no refleja todo el contenido del expediente médico. También entiendo que puedo solicitar una copia impresa del expediente médico del paciente a su proveedor de atención médica.
- Pueden vigilar mi actividad en myChart mediante una auditoría por computadora, y las entradas que yo cree pueden quedar en el expediente médico.
- MemorialCare da acceso a myChart como servicio para sus pacientes y tiene derecho a inhabilitar el acceso a myChart en cualquier momento y por cualquier motivo.
- El uso de myChart es voluntario, y no tengo la obligación de usarlo ni de designar a un representante para myChart.
- Si cambia mi relación legal con uno de los niños indicados, debo avisar al equipo de atención médica de inmediato por teléfono o por escrito.
- MemorialCare o sus subsidiarias y proveedores afiliados se reservan el derecho de revocar el acceso de los representantes en cualquier momento y por cualquier motivo.
- (a) Enviaré comunicaciones en nombre de mi hijo desde el expediente del niño, (b) recibiré respuestas en el expediente del niño y (c) recibiré avisos por correo electrónico en la dirección que indiqué cuando creé mi usuario de myChart.
- Nunca se debe usar myChart para asuntos urgentes. El plazo esperado para que respondan los mensajes electrónicos es de 2 días hábiles. Por lo tanto, si tengo un asunto médico urgente, me comunicaré con el consultorio del médico por teléfono, iré a una sala de emergencias o llamaré al 911.
- Autorizo a MemorialCare a revelarme los resultados de laboratorio confidenciales cubiertos según el Código de Salud y Seguridad de California, Sección 123148(f) a través de myChart.

▶ _____ / _____ / _____
Su firma (la del representante) (obligatoria) Relación con el paciente Fecha

Confirmando que leí y entiendo el formulario de inscripción de myChart. Acepto sus términos y designo a la persona indicada arriba como mi representante para myChart, y le doy acceso a mi expediente médico de myChart. Entiendo que puedo revocar esta designación en cualquier momento comunicándome con mi proveedor de atención médica.

▶ _____ / _____ / _____
Firma del paciente Relación con el representante Fecha
(o de su representante legal)
(obligatoria)