



ACCESS TO ANOTHER ADULT'S MyChart® RECORD (Authorizing a Proxy)

Acceso a una historia clínica de MyChart por otro adulto (Autorización a un apoderado)

Instrucciones: Este formulario debe ser completado por el paciente y por el adulto que el paciente está autorizando para tener acceso a la información médica en su historia clínica de MyChart. El adulto autorizado se reconocerá como el apoderado del paciente. Por favor complete la segunda página de este formulario y devuélvala a cualquiera de las direcciones que están a continuación. Por favor tenga en cuenta que el historial del paciente se accederá a través del historial del apoderado en MyChart. Al completar este formulario se establecerá un historial de MyChart para el paciente y su apoderado.

Devuelva los formularios a:

- Cone Health, Department of Health Information Management, 1200 N. Elm St. Greensboro, NC 27401
- Envíe los formularios por correo electrónico a: conehealthmychart@conehealth.com
- Presente el formulario firmado en el lugar donde está su proveedor de Cone Health.
- Le enviaremos un correo electrónico con un código de activación a la dirección de correo electrónico que usted nos proporcione a continuación. Use el código de activación para configurar su cuenta de MyChart y para tener acceso a la cuenta de otro adulto.

Términos y acuerdo de MyChart:

- Entiendo que MyChart está destinado a ser una fuente segura en línea de información médica confidencial. Si comparto mi ID de MyChart y mi contraseña con otra persona, esa persona puede ver la información de salud personal del paciente.
- Acepto que es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantener mi contraseña de manera segura y cambiar mi contraseña si yo creo que esta puede haber sido comprometida de alguna manera.
- Entiendo que MyChart contiene información médica seleccionada y limitada de la historia clínica de un paciente y que MyChart no refleja el contenido completo de la historia clínica. También entiendo que se puede solicitar una copia electrónica o en papel de la historia clínica de un paciente de la clínica a la cual este asiste.
- Entiendo que las actividades dentro de MyChart se pueden rastrear mediante una auditoría informática y que las entradas que yo haga pueden formar parte de la historia clínica del paciente.
- Entiendo que el acceso a MyChart lo brinda Cone Health como una conveniencia a sus pacientes y que Cone Health tiene el derecho a desactivar el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier motivo. Entiendo que el uso de MyChart es voluntario y que no estoy obligado a utilizar MyChart ni a autorizar a un apoderado para MyChart.
- Entiendo que la información médica en MyChart se obtiene de mi historia clínica electrónica y puede incluir información de todas las instalaciones anotadas en el Aviso de prácticas de privacidad de Cone Health.
- Entiendo que estoy autorizando la divulgación de cualquier información contenida en mi historia clínica de MyChart en poder de Cone Health a mi apoderado designado. Esto puede incluir información pertinente al uso de drogas/alcohol e infecciones de transmisión sexual como el VIH/SIDA.
- Autorizo la divulgación de esta información solo a través de mi historial de MyChart. Este formulario no autoriza la divulgación de mi historia clínica a mi apoderado designado por otros métodos o en otras formas.
- Entiendo que una vez que la información haya sido divulgada, es posible que el apoderado la divulgue nuevamente y que la información divulgada no esté cubierta por las protecciones de privacidad federales.
- La participación en MyChart y la designación de mi apoderado de MyChart es completamente voluntaria. Entiendo que no estoy obligado a designar un apoderado de MyChart y que no estoy obligado a proporcionar esta autorización.
- También entiendo que Cone Health no sujeta ninguno de mis tratamientos de atención médica, pagos u otros servicios basados en si proporciono esta autorización. Sin embargo, también entiendo que si no proporciono la autorización, Cone Health no puede proporcionar acceso a mi historial de MyChart a mi apoderado designado.
- Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una solicitud de revocación por escrito a Cone Health. Entiendo que si revoco esta autorización, se terminará el acceso de mi apoderado designado a mi historial de MyChart. También entiendo que mi revocación no afectará ninguna de las divulgaciones que se hicieron antes del proceso de solicitud de la misma.

MyChart is a registered trademark of Epic Corporation.



PARA SER COMPLETADO POR EL ADULTO AUTORIZADO (APODERADO)

Todos los espacios en blanco deben llenarse.

Por favor imprima con claridad.

Nombre del apoderado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Género: Masculino Femenino

Ciudad/Estado/Código postal: _____ 4 últimos números del SSN: _____

de celular: _____ # de teléfono alternativo: _____

Dirección de correo electrónico del apoderado (**obligatorio**): _____

¿Es usted un paciente de Cone Health? Sí No

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo este formulario de acceso a MyChart y acepto sus términos.

Firma del apoderado (*Proxy Signature*)

Fecha (*Date*)

Parentesco con el paciente (*Relationship to patient*)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Todos los espacios en blanco deben llenarse.

Por favor imprima con claridad.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: Masculino Femenino

***Solo anote la dirección si es diferente a la dirección del apoderado anotado anteriormente. ***

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

de celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Por favor anote los últimos cuatro números del seguro social: _____

Por favor tenga en cuenta que los últimos cuatro números del seguro social son necesarios para fines de autenticación y serán archivados de forma segura de conformidad con las leyes aplicables.

¿Usted es paciente de Cone Health? Sí No

Reconozco que he leído y entiendo este formulario de acceso a MyChart. Estoy de acuerdo con sus términos y elijo designar a la persona mencionada anteriormente como mi apoderado de MyChart, lo cual le permite el tener acceso a mi historia clínica de MyChart.

Firma del paciente o representante autorizado (*Signature of patient or authorized representative*)

Fecha (*Date*)

Parentesco con el paciente (si aplica)/*Relationship to patient (if applicable)*

Usted puede desactivar el acceso del apoderado adulto especificado anteriormente en cualquier momento a través de MyChart o mediante una solicitud por escrito a Cone Health.

For Cone Health use only:

Processed date: _____ Patient MRN: _____

Name of staff member/department (please print) _____