



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

ACCESO A UN HISTORIAL DE MyChart® DE OTRO ADULTO
(AUTORIZACIÓN A UN REPRESENTANTE)

Instrucciones:

Este formulario debe llenarlo tanto el paciente como el adulto que el paciente esté autorizando para tener acceso a su información médica en el historial de MyChart. El adulto autorizado será denominado como el representante del paciente. Por favor, llene la segunda página de este formulario y devuélvala a cualquiera de las direcciones que se encuentran a continuación. Por favor, tenga en cuenta que se tendrá acceso al historial del paciente a través del historial de MyChart del representante. Al llenar este formulario se establecerá un historial de MyChart para el paciente y para su representante.

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 a la oficina del proveedor de Cone Health.
- Le enviaremos un código de activación a la dirección de correo electrónico que nos proporcione a continuación. Use el código de activación para crear su cuenta de MyChart y así tener acceso a la cuenta de otro adulto.

Términos y acuerdo de MyChart:

- Entiendo que MyChart declara ser una fuente en línea segura de información médica confidencial. Si yo comparto mi identificación de MyChart y mi contraseña con otra persona, esa persona podrá ver la información de salud personal del paciente.
- Acepto que es mi responsabilidad la de seleccionar una contraseña confidencial, mantener mi contraseña de una manera segura y cambiar mi contraseña si creo que esta pudo haber sido comprometida de alguna manera.
- Entiendo que MyChart contiene información médica limitada y seleccionada del historial médico de un paciente y que MyChart no muestra el contenido completo del historial médico. También entiendo que una copia electrónica o en papel del historial médico del paciente puede ser solicitada de parte de la clínica del paciente.
- Entiendo que las actividades que realice en MyChart pueden ser rastreadas por una auditoría de computadora y que las entradas que yo haga pueden formar parte del historial médico del paciente.
- Entiendo que el acceso a MyChart lo ofrece Cone Health como algo conveniente para sus pacientes y que Cone Health tiene el derecho de desactivar el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier motivo. Entiendo que el uso de MyChart es voluntario y no estoy obligado(a) a usar MyChart o a autorizar un representante de MyChart.
- Entiendo que la información médica en MyChart se obtiene de mi historial médico electrónico y puede incluir información de todas las instalaciones enumeradas en el Aviso de prácticas de privacidad de Cone Health.
- Entiendo que estoy autorizando la divulgación de cualquier información contenida en mi historial médico en MyChart en poder de Cone Health a mi representante designado. Esto puede incluir información con relación al uso de drogas/alcohol y a las 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 historial médico a mi representante designado por otros métodos o en otras formas.
- Entiendo que una vez que la información ha sido revelada, el representante puede volver a divulgarla y esta información que ha sido divulgada ya no podría estar cubierta por las protecciones federales de privacidad.
- La participación en MyChart y la designación de un representante de MyChart es completamente voluntaria. Entiendo que no estoy obligado(a) a designar un representante de MyChart y tampoco estoy obligado(a) a proporcionar esta autorización.
- También entiendo que Cone Health no condiciona ninguno de mis tratamientos de atención médica, pagos u otros servicios en base a si yo proporciono esta autorización. Sin embargo, también entiendo que, si yo no doy esta autorización, Cone Health no tendrá el permiso de dar acceso a mi historial de MyChart a mi representante designado.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud de revocación por escrito a Cone Health. Entiendo que, si revoco esta autorización, el acceso de mi representante designado al historial de MyChart finalizará. También entiendo que mi revocación no afectará ninguna divulgación que se haya hecho antes del proceso de solicitud de revocación.
- Si el paciente tiene una capacidad limitada y no puede firmar el formulario, a usted se le requerirá que solicite una certificación del médico.



AUTORIZACIÓN PARA TENER ACCESO A LA CUENTA DE MyChart®

PARA SER LLENADO POR EL ADULTO AUTORIZADO (REPRESENTANTE)

Es obligatorio llenar todos los espacios. Por favor escriba con claridad.

Nombre del representante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Los 4 últimos números del seguro social: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____ # de teléfono: _____

Correo electrónico del representante (**obligatorio**): _____

¿Alguna vez ha sido paciente de Cone Health? Sí No

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

Firma del representante / Proxy Signature

Fecha / Date

Parentesco con el paciente / Relationship to Patient (Nota: Cuando la ley lo requiera, es posible que se necesite una prueba de parentesco, de custodia o un poder notarial para procesar su solicitud.)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Es obligatorio llenar todos los espacios. Por favor escriba con claridad.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Los 4 últimos números del seguro social: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____ # de teléfono: _____

Correo electrónico del paciente (**obligatorio**): _____

Reconozco que he leído y entiendo este formulario de acceso a MyChart. Acepto sus términos y elijo designar a la persona mencionada anteriormente como mi representante de MyChart, permitiéndole así a tener acceso a mi historial médico de MyChart.

Firma del paciente o representante autorizado / Signature of patient or authorized representative

Fecha / Date

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

Certificación del médico (Si corresponde) / Physician Certification (If Applicable)

Es obligatorio llenar todos los espacios/All fields are required.

Certifico que este paciente está afectado con una condición que le impide la capacidad de apreciar y comprender lo que está firmando. *I certify that this patient is affected by a condition that prevents them from being able to appreciate and understand what they are signing.*

Firma del médico / Physician Signature

Fecha / Date

Nombre en letra de imprenta del médico/Profesional / Printed Name of Physician / Practitioner

Número de teléfono / Phone Number

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

For Cone Health use only:

Processed date: _____ Patient MRN: _____

Name of staff member (please print) _____

MyChart es una marca registrada de Epic Corporation.

