



Acceso al expediente MyChart de otro adulto (acceso como apoderado)

Sírvase completar este formulario para solicitar acceso al expediente MyChart de otro adulto cuyo cuidado usted ayuda a administrar. El paciente debe firmar este formulario y proveer autorización para la divulgación de su información médica en MyChart. Tenga en cuenta que el expediente médico del paciente se accederá a través de su expediente MyChart (el del Apoderado). Al completar este formulario se establecerá un expediente MyChart para usted y para el paciente.

Sírvase completar y devolver el formulario a su clínica para establecer la delegación de poder; también puede enviarlo por fax al: 612.873.1518, o por correo a:

Hennepin County Medical Center Attn: HIM Department
701 Park Ave MC: Shapiro 7
Minneapolis, MN 55415

También puede escanearlo y enviarlo por correo electrónico a: mychartsupport@hcmcd.org

For Clinic Use Only: Place Patient Label Here – Send to HIM to be Scanned

Was Proxy Access set-up in Epic during the patient visit?

Información del solicitante (apoderado): (Todos los campos **EN NEGRITA** son obligatorios – escriba claramente con letra de imprenta.)

Esta sección la debe completar la persona que solicita acceso al expediente MyChart de otros pacientes, y debe tratarse sobre la misma.

Nombre (apellido, primer nombre, inicial) _____

Número de Seguro Social: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

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

Correo electrónico: _____ **Número de teléfono:** _____

Clínica de atención primaria: _____ **Relación con el paciente:** _____

Por favor, sírvase llenar la siguiente información para cada paciente.

Información del paciente (Todos los campos **EN NEGRITA** son obligatorios – escriba claramente con letra de imprenta.)

Nombre (apellido, primer nombre, inicial) _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Clínica de atención primaria: _____ **Número de Seguro Social:** _____

Términos y condiciones de MyChart

- Sé que MyChart es un lugar en línea seguro para guardar información médica confidencial. Si comparto mi identificación y contraseña de MyChart con otra persona, esa persona puede mirar mi información de salud, la información de salud de mi hijo y la información de salud de quien me haya autorizado a ser su apoderado de MyChart.
- Estoy de acuerdo que es mi responsabilidad seleccionar una contraseña segura y no compartir mi contraseña con otras personas; también comprendo que debo cambiar mi contraseña si considero que alguien más puede conocerla.
- Sé que MyChart contiene cierta información médica del historial médico de un paciente y que MyChart no tiene el contenido total del historial médico. También comprendo que se puede solicitar una copia impresa del expediente médico de un paciente a la Administración de Información de Salud, completando una solicitud para divulgar información.
- Sé que mis actividades dentro de MyChart pueden ser investigadas con una auditoría informática y que las entradas que yo haga se convertirán en parte del historial médico.
- Sé que el acceso a MyChart es ofrecido por HCMC como algo beneficioso para sus pacientes y que HCMC tiene el derecho de cancelar el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier razón.
- Al firmar a continuación, declaro que he leído este formulario de inscripción MyChart y que conozco y estoy de acuerdo con sus términos.

Firma del apoderado

Fecha (Obligatorio)

Declaro que he leído y entendido este formulario para apoderado de adulto de MyChart. Acepto los términos y elijo designar a la persona nombrada arriba como mi apoderado de MyChart; por lo tanto, autorizo su acceso a mi expediente médico MyChart.

Firma del paciente (o persona autorizada)

Fecha (Obligatorio)



Este formulario es una autorización que permitirá a HCMC divulgar su información médica a su apoderado designado. Sírvase leerlo detenidamente.

Este formulario debe completarlo el **paciente** que autoriza acceso a su expediente MyChart a otro adulto. Debe estar acompañado del Formulario para apoderado de adulto, que provee el nombre y la información del paciente que autoriza acceso a su expediente MyChart a otro adulto, como apoderado.

Información del paciente (Todos los campos **EN NEGRITA** son obligatorios – escriba claramente con letra de imprenta.)

Nombre (apellido, primer nombre, inicial) _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Clínica de atención primaria: _____ **Número de Seguro Social:** _____

Solicito que _____ (escriba el nombre del apoderado) reciba acceso a mi información médica contenida en MyChart. Esta persona es mi apoderado designado de MyChart. Autorizo a MyChart para que divulgue la información médica contenida en mi expediente MyChart a mi apoderado de MyChart. Entiendo que la información médica en MyChart se obtiene de mi expediente médico electrónico y que puede incluir la información de todas las instituciones mencionadas en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Autorizo la divulgación de toda información contenida en mi MyChart a mi apoderado designado. Autorizo la divulgación de esta información solamente a través de mi expediente MyChart. Este formulario no autoriza la divulgación de mi expediente médico a mi apoderado designado por otros medios ni de otras formas. Entiendo que una vez que se divulga la información, esta podría ser potencialmente divulgada por parte de mi apoderado y que la información divulgada podría no estar cubierta por las mismas protecciones de privacidad. La participación en MyChart y la designación de un apoderado de MyChart es completamente voluntaria. Entiendo que no tengo la obligación de designar a un apoderado de MyChart y que tampoco estoy obligado a entregar esta autorización. También entiendo que MyChart no condicionará mi tratamiento médico, pago u otros servicios basado en si entrego esta autorización o no. Sin embargo, también entiendo que si no doy esta autorización, MyChart no puede otorgar acceso a mi apoderado designado a mi expediente MyChart. Esta autorización vencerá automáticamente en cinco años a partir de la fecha de mi firma. También puedo cancelar esta autorización en cualquier momento en línea en MyChart, o bien, mediante una solicitud de cancelación por escrito que debo presentar en mi clínica primaria. Entiendo que si cancelo esta autorización, el acceso de mi apoderado designado a mi expediente MyChart terminará. También entiendo que la cancelación no afectará las divulgaciones realizadas antes del procesamiento de esta solicitud de revocación.

Fecha: _____

Firma del paciente: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Si firma otra persona que no sea el paciente, indique la autoridad para firmar por el paciente (por ejemplo, tutor) y adjunte la documentación:

Nota: La autorización vence en cinco años a partir de la fecha de firma (arriba). Este formulario de divulgación de información médica se debe presentar cada cinco años para renovar el acceso del apoderado de una persona adulta. Usted puede desactivar el acceso del apoderado especificado arriba en cualquier momento a través de MyChart o mediante la presentación de una solicitud por escrito en su clínica.



Apoderado de My Chart