



MyChart

NorthPoint Health & Wellness |
Hennepin Mental Health, Public Health,
Healthcare for the Homeless

Hennepin County Medical Center

Acceso al expediente MyChart de su hijo o al de otro paciente (Delegación de poder)

Sírvase completar este formulario para solicitar acceso al expediente médico MyChart de otro paciente a quien usted ayuda a administrar cuidado médico. Tenga en cuenta que el expediente médico del paciente se accederá a través de su expediente MyChart (el del apoderado). Completar este formulario 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: 612.873.1517, o por correo a:
Hennepin County Medical Center
Attn: HIM Department
701 Park Ave MC: S7
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

Información del solicitante (apoderado):

(Todos los campos son obligatorios – escriba con letra de imprenta clara). 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: _____

Tenga en cuenta las siguientes limitaciones en el rango de edad para MyChart. Estas limitaciones en el rango de edad no afectan su derecho legal para acceder al expediente del paciente por otros medios. Para solicitar una copia impresa del expediente del paciente, comuníquese con Health Information Management (Administración de Información de Salud), al 612-873-3197.

- Si el paciente es un menor entre **0 y 11 años de edad**, los padres o tutores legales obtendrán acceso completo al expediente MyChart del paciente menor de edad.
- Si el paciente es un menor **entre los 12 y 18 años de edad**, los padres o tutores legales recibirán acceso parcial al expediente MyChart del menor. (Por ejemplo, programación de citas o vacunas)
- Una vez que el menor cumple los 18 años de edad, los padres o tutores legales no tendrán acceso al expediente MyChart del paciente a menos que el paciente lo autorice.
- De adulto a adulto o un adulto con capacidad disminuida: Los padres o tutores legales obtendrán acceso total al expediente MyChart del paciente.

Por favor, sírvase llenar la siguiente información para cada paciente: (Todos los campos son obligatorios. Si tiene más de un paciente de los que desea obtener acceso como apoderado, complete otro formulario por separado).

Información del paciente

(Todos los campos son obligatorios – escriba con letra de imprenta clara).

Complete esta sección con la información del paciente cuyo expediente MyChart solicita acceso.

Nombre (apellido, primer nombre, inicial) _____ Fecha de nacimiento: _____
Número de Seguro Social: _____ Correo electrónico: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____ Clínica de atención primaria: _____

► **No olvide completar la página 2 de este formulario.**



Apoderado de My Chart

MyChart es una marca registrada de Epic Corporation

Apoderado MyChart



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 llamando a la Administración de Información de Salud, completando una solicitud para divulgar información. Puedo obtener una copia del formulario en línea, llamando al (612)873-3179 para solicitarlo, o si voy a la Administración de Información de Salud del HCMC y recojo allí el formulario.
- Sé que mis actividades dentro de MyChart pueden ser investigadas con una auditoria 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.
- He presentado documentación legal que me autoriza a tener acceso al expediente MyChart de estos pacientes.

_____ / _____ / _____
Firma del padre o tutor

Relación con el paciente

Fecha (Obligatorio)

_____ / _____ / _____
Firma del paciente (o persona autorizada)
(Obligatorio para pacientes mayores de 12 años)

Relación con el paciente

Fecha (Obligatorio)

Para pacientes entre los 12 y 18 años de edad, sírvase completar esta sección para otorgar a su padre o tutor acceso TOTAL a su expediente MyChart.

Por la presente yo, _____ comprendo que con mi firma otorgo a mi padre o tutor legal, acceso a mi información médica que incluye, pero no se limita a: medicamentos, citas pasadas y futuras, todos los mensajes para y de mis proveedores, resultados de exámenes, vacunas e información de facturación.

_____ / _____ / _____
Firma del paciente (o persona autorizada)
(Obligatorio para pacientes de 12 años o mayores)

Relación con el paciente

Fecha (Obligatoria)