

Envíe los formularios completos a:
 150 Bergen Street, B417
 Newark, New Jersey 07103-2425
 (973) 972-5608

SOLICITUD DE ACCESO DE UN REPRESENTANTE A LA CUENTA MYCHART DE UN ADULTO

(Escriba en forma clara en letra imprenta)

Nos complace ofrecer a los cuidadores, tutores legales o adultos específicamente autorizados el acceso en línea a la historia clínica de otro adulto cuya atención médica ayudan a administrar. Para solicitar acceso, complete este formulario. El paciente debe firmarlo y proporcionar autorización para que se pueda divulgar la información médica en MyChart. Si el paciente no es competente para firmar en su propio nombre, solicitaremos documentación de tutela o un poder notarial para tomar decisiones de atención médica.

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
(nombre) (inicial del segundo nombre) (apellido)

Domicilio: _____ **N.º telefónico:** _____
(calle)
 _____ **N.º de Historia clínica:** _____
(ciudad) (estado) (código postal)

- Comprendo que la información médica incluida en MyChart puede contener datos considerados como muy personales, incluida información sobre enfermedades de transmisión sexual y otras enfermedades transmisibles, abuso de drogas y alcohol, VIH/SIDA y servicios de salud mental. Mi proveedor de atención médica, sus empleados, funcionarios y médicos quedan exentos de toda responsabilidad legal por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.
- Comprendo que esta autorización continuará en vigencia hasta que sea revocada. Puedo revocarla enviando una solicitud por escrito en cualquier momento y poniéndome en contacto con mi proveedor o el Departamento de Divulgación de Información del Hospital Universitario.
- Comprendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada de conformidad con esta autorización.
- Comprendo que el incumplimiento de los Términos y Condiciones de MyChart puede derivar en la finalización de los privilegios de acceso a MyChart.
- Comprendo que mi proveedor no condicionará el tratamiento a la firma de esta autorización.
- Comprendo que esta autorización debe completarse en su totalidad, firmarse y fecharse. Una copia que no haya sido alterada se considerará tan válida como el original.
- Reconozco que he leído y comprendo este formulario de Acceso para el Representante de un Adulto y que los Términos y Condiciones completos de MyChart están disponibles en línea. Acepto sus términos y elijo designar a la persona nombrada a continuación como representante de mi cuenta MyChart, lo que le permite tener acceso a dicha cuenta.

 Firma del paciente
(o persona autorizada)

 Relación con el paciente
(si corresponde)

 Fecha

Información del representante (Adulto que solicita acceso)
 (Complete toda la información – escriba en forma clara en letra imprenta)

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
(nombre) (inicial del segundo nombre) (apellido)

Últimos 4 dígitos del Número de Seguro Social (SSN): _____

Domicilio: _____
(calle) (ciudad) (estado) (código postal)

N.º Telefónico: _____ **Dirección de correo electrónico:** _____

Relación con el paciente: Cónyuge Hijo adulto Cuidador Tutor legal
 Poder notarial duradero para decisiones de atención médica Otro: _____

¿Usted también es paciente nuestro? Sí No En caso afirmativo, ¿tiene cuenta MyChart? Sí No

Para el representante adulto que solicita acceso a la historia clínica MyChart de otro adulto:

- MyChart tiene el propósito de servir como un portal en línea seguro para visualizar información médica confidencial. **No compartiré mi nombre de usuario ni mi contraseña de MyChart con otras personas.** Comprendo que si comparto mi nombre de usuario y contraseña con otra persona, esa persona podría ver la información médica del paciente
- Es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantenerla de manera segura y cambiarla si creo que puede haberse visto afectada de alguna manera.
- He leído y comprendo la información sobre el acceso de representantes para MyChart y tengo acceso a los Términos y Condiciones de MyChart en línea
- Solicito acceso a la cuenta MyChart del paciente antes mencionado.

Esta solicitud caducará a los 45 días si no ha activado la cuenta MyChart dentro de ese plazo.

 Firma del adulto que accede (Representante)

 Relación con el paciente

 Fecha

Incluya una identificación con fotografía emitida por el gobierno junto con su solicitud. Adjunte constancia de su condición de tutor legal o del poder notarial según corresponda.