

**Acceso a su propia cuenta MyChart**

Para solicitar el acceso a su información médica en MyChart, complete este Formulario de Inscripción y envíelo a la dirección indicada a continuación. Debe incluir dos formas de identificación\*, una de las cuales deberá ser una identificación con fotografía emitida por el gobierno y otra adicional que sirva como constancia de su domicilio actual.

Si desea acceder a la información de MyChart de su hijo, de otro adulto o de otro menor, solicite a su clínica los formularios de representación correspondientes.

Envíe todos los formularios completos e identificación a: University Hospital o envíe un fax al (973) 972-3562  
Attn: Health Information Management, B417  
150 Bergen Street  
Newark, NJ 07103

**Su información:** (Complete todas las secciones – escriba en forma clara en letra imprenta)

Nombre: *(apellido, nombre e inicial del segundo nombre)* \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Clínica de HU principal: \_\_\_\_\_

**Términos y Acuerdo de MyChart**

- Comprendo que MyChart tiene el propósito de servir como una fuente segura de información médica confidencial en línea. Si comparto mi identificación y contraseña de MyChart con otra persona, esa persona podría ver mi información médica y la de quien me haya autorizado como representante en MyChart.
- Acepto que es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantenerla de manera segura y cambiarla si creo que es posible que se haya visto afectada de alguna manera.
- Comprendo que MyChart contiene información médica limitada, seleccionada de la historia clínica de un paciente y que MyChart no refleja el contenido completo de la historia clínica.
- Comprendo que mis actividades dentro de MyChart pueden ser rastreadas mediante una auditoría informática y que las entradas que realizo pueden formar parte de la historia clínica del paciente.
- Comprendo que el acceso a MyChart es proporcionado por el Hospital Universitario como un beneficio para sus pacientes y que el Hospital Universitario tiene el derecho de desactivar el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier motivo. Comprendo que el uso de MyChart es voluntario y que no se me exige utilizarlo ni autorizar a un representante de MyChart.
- Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendo este Formulario de Inscripción a MyChart y acepto sus términos.



\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha (Obligatoria)**

**\*Ejemplos de identificación:**

1. Identificación con fotografía emitida por el gobierno (por ej. licencia de conducir, pasaporte o identificación para no conductores)
2. Constancia de domicilio (por ejemplo, factura de servicios públicos u otra factura con su nombre y dirección, tarjeta de crédito/extracto bancario con su nombre y dirección (de no más de 90 días de antigüedad), certificado de nacimiento, licencia matrimonial o certificado civil, documentos judiciales de paternidad/tutela, correspondencia gubernamental con su nombre y dirección, certificado analítico con su nombre y dirección (de no más de dos años de antigüedad)