

MyChart Proxy Access Form
Formulario de acceso de apoderado
de MyChart

- En una relación de representación, participan dos personas. Una de ellas es la persona a cuyo expediente se está accediendo. Esta persona es el **Paciente**. La otra es la persona es quien necesita acceder a la información médica para ayudar a administrar la atención de otra persona. Esta persona es el **Apoderado**.
- Debe completar un Formulario de Acceso de Apoderado de MyChart por separado para cada paciente para el que pide el acceso de apoderado.
- Completar este formulario establecerá un registro de MyChart entre el paciente y el apoderado. Se accederá a las historias clínicas del paciente a través del expediente de MyChart del apoderado.
- **Owensboro Health MyChart no debe usarse para comunicarse o recibir tratamiento en una emergencia.**

Información del paciente (todas las secciones son obligatorias; en letra de molde clara)

Nombre del paciente: _____

Número de seguro social (últimos 4 dígitos): _____ Fecha de nacimiento: _____

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

email: _____ teléfono: _____

Información del apoderado (todas las secciones son obligatorias; en letra de molde clara)

Nombre del apoderado: _____

Número de seguro social (últimos 4 dígitos): _____ Fecha de nacimiento: _____

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

email: _____ teléfono: _____

Relación con el paciente (*marque uno*): Cónyuge Padre Familia/cuidador Tutor legal**

Poder notarial duradero para atención médica** Otro (especificar) _____

***Esta solicitud debe ir acompañada de una copia de la documentación legal que acredite al representante personal del paciente.*

Tipo de acceso pedido (*marque uno*):

Acceso para niños (recién nacidos hasta los 12 años): Recibirá acceso completo al registro de MyChart de su hijo.

Acceso para adolescentes (de 13 a 17 años): Recibirá acceso completo al registro de MyChart de su adolescente.
Considere que el adolescente de 13 a 17 años debe aceptar y permitirle el acceso completo a su registro de MyChart, completando y enviando el Formulario de Acceso de Apoderado de MyChart. Una vez que el adolescente cumpla 18 años, usted ya no tendrá acceso al registro de MyChart del adolescente.

Acceso para adultos (mayores de 18 años)



Owensboro Health Use Only
MRN:
DOB:
Document Type: Proxy Consent

MyChart Proxy Access Form

Formulario de acceso de apoderado de MyChart

Términos y acuerdo de MyChart

Lea con atención. Su aceptación indica que leyó, comprende y acepta estos términos y condiciones de uso.

- Entiendo que MyChart está diseñado como una fuente en línea segura de información médica confidencial. Si comparto mi ID y contraseña de MyChart con otra persona, esa persona puede ver la información médica mía o de mi hijo, y la información médica de cualquier otra persona que me haya autorizado como apoderado de MyChart.
- Acepto que es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantenerla segura y cambiarla si creo que puede haber sido comprometida de alguna manera.
- Entiendo que, si doy a luz en Owensboro Health, una parte de mi expediente médico formará parte del expediente médico del recién nacido.
- Entiendo que MyChart contiene información médica limitada, para facturación, seleccionada del expediente médico de un paciente y que MyChart no refleja el contenido completo del registro médico o de facturación. También entiendo que se puede pedir una copia completa del registro médico de un paciente.
- Entiendo que mis actividades en MyChart pueden ser rastreadas por una auditoría de computadora y que las entradas que hago pueden formar parte del registro médico.
- Entiendo que Owensboro Health da acceso a MyChart para comodidad de sus pacientes, y que Owensboro Health tiene derecho a desactivar MyChart en cualquier momento y por cualquier motivo.
- Entiendo que el uso de MyChart es voluntario y no estoy obligado a usar MyChart ni a autorizar un apoderado para MyChart.
- Entiendo que es mi responsabilidad cancelar el acceso de mi apoderado a mi cuenta de MyChart, si ya no quiero darle acceso a mi información de MyChart. El acceso del apoderado puede revocarse en mi cuenta MyChart o enviando una solicitud de revocación por escrito.
- Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor hasta que sea revocado.

Autorización de apoderado

Firmando abajo, reconozco que leí, entiendo y acepto los Términos y el Acuerdo de MyChart para dar/recibir acceso a una cuenta de MyChart.

► **Firma del apoderado:** _____ Fecha: _____
(O representante/tutor/padre)

Autorización del paciente

Por la presente, autorizo a Owensboro Health, Inc. a dar acceso a toda la información médica y de facturación de mi expediente de MyChart al apoderado mencionado arriba. Entiendo que la información en mi expediente de MyChart puede incluir cierta información confidencial sobre VIH, enfermedades de transmisión sexual, uso de drogas/alcohol, salud mental, embarazo, anticoncepción o parto.

Firmando abajo, reconozco que leí, entiendo y acepto los Términos y el Acuerdo de MyChart para dar/recibir acceso a una cuenta de MyChart.

► **Firma del paciente:** _____ Fecha: _____
(Se exige para pacientes mayores de 13 años)

Dónde enviar la solicitud:

Owensboro Health Regional Hospital
PO Box 20007
Owensboro, KY 42304-0007
Attn: Health Information Management

Teléfono (270) 417-6800

Fax: (270) 417-6809
Email: MyChart.Proxy@Owensborohealth.org