

Acceso del Proxy a Cuenta de Adulto de MyChart

Este formulario es una autorización para permitir a los Centros Médicos Comunitarios (CMC) y a los médicos afiliados para liberar mi información médica a un Proxy adulto designado. Al completar este formulario, autorizo a otro adulto (“Proxy”) a acceder a mi cuenta MyChart.

Entiendo que el autorizar al Proxy para que tenga acceso a mi cuenta, éste podrá ver toda la información sobre mi salud disponible ahora y más adelante a través de MyChart. Esto puede incluir el dar a conocer el contenido relacionado con abuso de drogas y alcohol, salud mental, resultados de pruebas de VIH/SIDA e información de pruebas genéticas tal como se especifica en los Términos y Condiciones de MyChart.

Marque la casilla a continuación para solicitar el Acceso del Proxy para un paciente adulto sin capacidad para tomar decisiones

Paciente sin capacidad para tomar decisiones – Por favor provea una copia de la tutela legal, una carta del proveedor que confirme que el paciente no tiene capacidad de decisión o documentos del registro médico, escritos por el proveedor, apoyando la inhabilidad del paciente para tomar decisiones.

Información del paciente

Nombre del Paciente: _____

DOB: _____ Número Registro Médico (si lo conoce): _____

Número de Seguro Social (últimos 4 dígitos): _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Autorizo al siguiente Proxy para que tenga acceso a mi cuenta de MyChart:

Información del Proxy

Para ver la información del Paciente, el Proxy también deberá contar con su propia cuenta de MyChart.

Nombre del Proxy: _____

Relación del Proxy con el Paciente: _____

DOB: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Dirección Correo Electrónico (requerido): _____

*Número Seguro Social: _____

* El número completo del Seguro Social será requerido si el Proxy no tiene en la actualidad una cuenta MyChart.

El número completo de Seguro Social identifica al Proxy individual.

* Solo los últimos 4 dígitos del Número de Seguro Social serán requeridos si el Proxy tiene una cuenta MyChart.

Reconocimientos Generales

Entiendo que:

1. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento directamente en MyChart.
2. Si revoco esta autorización, dicha revocación no tendrá ningún efecto sobre cualquier acción tomada antes de que el CMC reciba dicha revocatoria.

Health Information Management
**Formulario Acceso Proxy Adulto a
 MyChart**



3. Esta autorización expirará automáticamente después de 10 años de firmada por el paciente, cuando el paciente expire, o antes si es revocada por el paciente como se declaró en la página previa.
4. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
5. La información revelada de conformidad con esta autorización podría ser re-divulgada por el receptor y ya no puede ser protegida por la ley federal de confidencialidad (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud). Sin embargo, la ley de California prohíbe a la persona que recibe mi información de salud hacer más divulgación de la misma a menos que otra autorización para tal divulgación se obtiene de mí o a menos que dicha divulgación se espec íficamente requerida o permitida por la ley.

Autorización y Reconocimiento por parte del Paciente

Fecha/Hora

Paciente/Firma Representante Legal

Nombre Impreso

Si es firmada por alguien diferente al paciente, indique la relación

Reconocimiento del Proxy

Al firmar, reconozco y acepto que:

- Usaré mi propia cuenta de MyChart para acceder a la cuenta del paciente de MyChart.
- Cumpliré con los términos y condiciones de MyChart, disponibles una vez que active mi cuenta MyChart.
- Mantendré mi contraseña confidencial y no compartiré esta información con nadie.

Fecha/Hora

Firma Proxy

Nombre Impreso

Envíe el formulario completo a:
Community Medical Centers, Attn: HIM Department (Proxy)
 Dirección postal: P.O. Box 1232, Fresno, CA 93715
 Fax: (559) 459-2412

For Official Use/Para uso oficial:

CRMC CCMC FSHS

Physician Office – List Office _____

(Proxy access will *not* be activated if 1-3 below are not completed)

1. Proxy ID Verified: Yes Date: _____

2. Printed name and phone # of person verifying Proxy ID:

3. CMC Representative Only: Date Proxy Access activated _____ Initials _____

Health Information Management
Formulario Acceso Proxy Adulto a MyChart

