

Acceso a una cuenta de MyChart por el apoderado de un adulto

Este formulario es una autorización que permitirá que Community Medical Centers (CMC) y los médicos afiliados divulguen mi información médica al Apoderado de adultos designado. Al completar este formulario, estoy autorizando a que otro adulto ("Apoderado") acceda a mi cuenta de MyChart.

Comprendo que, con mi autorización al Apoderado para que acceda a mi cuenta, el Apoderado podrá ver toda la información médica disponible ahora o en el futuro a través de MyChart. Esto puede incluir la divulgación del contenido relacionado con el abuso de drogas y de alcohol, la salud mental, los resultados del análisis de VIH/SIDA y la información sobre las pruebas genéticas, tal como se establece en los Términos y las Condiciones de MyChart.

Información del Paciente

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Expediente médico (si lo conoce): _____

Número de Seguro Social: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Autorizo al Apoderado que se indica a continuación para que acceda a mi cuenta de MyChart:

Información del Apoderado

Para ver la información del Paciente, el Apoderado también debe crear su propia cuenta de MyChart.

Nombre del Apoderado: _____

Relación del Apoderado con el Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

*Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico (obligatorio): _____

*Es obligatorio informar el Número de Seguro Social para tramitar la solicitud de acceso del Apoderado. Este lo identifica de manera única.

Reconocimientos generales

Comprendo lo siguiente:

1. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento directamente en MyChart.
2. Si revoco esta autorización, la revocación no tendrá ningún efecto sobre las acciones tomadas antes de que CMC reciba la revocación.

Gestión de la Información Médica
**Formulario de acceso a MyChart
por el apoderado de un adulto
(MyChart Adult Proxy Access Form)**



3. Esta autorización vencerá automáticamente 10 años después de la fecha de firma por el Paciente, o antes de ese plazo si el Paciente la revoca conforme a lo especificado en la página anterior.
4. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
5. La información divulgada en base a la presente autorización podría ser divulgada por el receptor a terceros y podría dejar de estar protegida por la ley federal de confidencialidad (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico). No obstante, las leyes de California prohíben que la persona que recibe mi información médica haga otras divulgaciones de la información, a menos que obtenga otra autorización para dicha divulgación de mi parte o que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por las leyes.

Autorización y reconocimiento del Paciente

 Fecha Hora Firma del Paciente/Representante legal Nombre en letra de imprenta

 Si firma una persona distinta del paciente, indicar la relación

Reconocimiento del Apoderado

Mediante mi firma a continuación, acepto y acuerdo lo siguiente:

- Usaré mi propia cuenta de MyChart para acceder a la cuenta de MyChart del Paciente.
- Cumpliré los Términos y las Condiciones de MyChart respecto del uso de MyChart, los cuales están disponibles cuando se activa una cuenta en MyChart.
- Mantendré la confidencialidad de mi clave y no compartiré esta información con otras personas.

 Fecha Hora Firma del Apoderado Nombre en letra de imprenta

Envíe el formulario completo a:

Community Medical Centers, Attn: HIM Department (Proxy)

Dirección postal: P.O. Box 1232, Fresno, CA 93715 P.O. Box 1232, Fresno, CA 93715

Fax: (559) 459-2412

For Official Use: CRMC CCMC FSHS Physician Office – List Office _____

(Proxy access will *not* be activated if 1-2 below are not completed)

1. Patient/Legal Representative ID Verified: Yes Date: _____

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

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

Gestión de la Información Médica
Formulario de acceso a MyChart
por el apoderado de un adulto
(MyChart Adult Proxy Access Form)

