

Formulario de poder para adultos de MyChart

Información del PACIENTE (en letra imprenta)

Nombre del paciente: _____ / ____ / ____
Apellido, Nombre Segundo nombre Fecha de nacimiento

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Número del Seguro Social (últimos 4 dígitos): XXX-XX-____ Número de teléfono: _____

Información del APODERADO

Nombre del apoderado: _____ / ____ / ____
Apellido, Nombre Segundo nombre Fecha de nacimiento

¿Se ha registrado con un nombre diferente? _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Número del Seguro Social (últimos 4 dígitos): XXX-XX-____ Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico (obligatorio): _____

Elija un (1) acceso de MyChart aplicable a continuación

- ☐ **Paciente adulto apto:** ** Incluye a menores emancipados (debe contar con prueba de emancipación)*
- Paciente que autoriza a otro adulto a acceder a su información médica a través de MyChart.
 - La autorización vencerá tras el fallecimiento. El paciente, el apoderado o HealthCare System pueden revocar el acceso en cualquier momento.
- ☐ **Paciente adulto incapacitado:** ** El expediente médico del paciente debe contar con documentación legal*
- Seleccione una de las siguientes opciones:**
- ☐ Poder notarial para asuntos médicos
 - ☐ Tutor legal

Al firmar este formulario:

- Entiendo que mi proveedor se contactó con OSF HealthCare System para proporcionar su sistema de expedientes médicos electrónicos, incluido MyChart.
- Entiendo que la participación en MyChart y la designación de un apoderado son totalmente voluntarias. Entiendo que no tengo la obligación de designar a un apoderado ni de conceder esta autorización. También entiendo que mi proveedor no condiciona ninguno de mis tratamientos médicos, pagos u otros servicios según conceda o no esta autorización. No obstante, también entiendo que, si no concedo la autorización, mi proveedor no tiene permitido proporcionar acceso a mi cuenta de MyChart a mi apoderado designado. Autorizo a mi proveedor a permitir el acceso a la información de salud incluida en mi cuenta de MyChart a mi apoderado designado.
- Entiendo que la información médica de MyChart se obtiene de mi expediente médico electrónico y puede contener información confidencial, como información o expedientes de salud relacionados con el VIH/sida, información o expedientes de salud mental o conductual, información sobre enfermedades de transmisión sexual (ETS), embarazo, anticoncepción, diagnóstico de drogadicción/alcoholismo, tratamientos o información sobre derivaciones, información o expedientes de pruebas genéticas, información sobre agresión o abuso sexual e información sobre maltrato o abandono de menores, etc., de todos los establecimientos enumerados en el aviso de prácticas de privacidad de mi proveedor [y el aviso de prácticas de privacidad de OSF HealthCare System].
- Entiendo que un apoderado tiene el mismo acceso a enviar mensajes a proveedores, a solicitar resurtidos de recetas, a programar consultas y a cualquier otra información a la que el paciente tenga acceso en MyChart.
- Autorizo el acceso a mi apoderado designado a toda la información existente y futura incluida en mi cuenta de MyChart que tenga mi proveedor.
- Entiendo que esta autorización expira tras la muerte. El acceso puede ser revocado en cualquier momento por el paciente, el representante o mi proveedor.

Confirmando que leí y comprendo este formulario y que acepto sus términos. Asimismo, acepto todos los términos y condiciones actuales y futuros incluidos en <https://www.mychart.org>.

_____/_____/_____
Firma del paciente (obligatorio si es un adulto apto) Fecha (obligatorio)

_____/_____/_____
Firma del apoderado/tutor legal (obligatorio si es un adulto incapacitado) Relación con el paciente (obligatorio) Fecha (obligatorio)

_____/_____/_____
Firma del empleado 1 (obligatorio) Fecha (obligatorio)

_____/_____/_____
Firma del empleado 2 (se necesitan dos testigos para solicitud verbal) Fecha (obligatorio)