

Autorización de apoderado de adulto para MyChart MyChart Adult Proxy Authorization

Información del paciente	
Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____	
Teléfono de contacto: _____	Dirección de correo electrónico: _____

Información del apoderado	
Nombre del apoderado: _____	Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____	
Teléfono de contacto: _____	Dirección de correo electrónico: _____

Términos y condiciones de MyChart:

- MyChart da acceso a un conjunto limitado de información médica, como resultados de pruebas de diagnóstico, medicamentos, alergias, vacunas y algunas notas clínicas. No incluye el contenido completo del expediente médico del paciente. La solicitud de copias completas del expediente médico, se pueden pedir al proveedor de atención médica del paciente con la debida autorización legal.
- Un apoderado autorizado tiene el mismo acceso para enviar mensajes a los proveedores, pedir resurtir recetas, programar citas y cualquier otra información a la que el paciente tenga acceso en MyChart, incluyendo el acceso a cierta información médica que se puede ver en la cuenta MyChart del paciente.
- La actividad de los apoderados dentro de MyChart se rastrea mediante una auditoría electrónica. Todas las entradas que el apoderado haga en nombre del paciente se identificarán como tales y se vuelven parte del expediente médico del paciente.
- Entiendo que el acceso de apoderado puede ser revocado por el paciente dentro de su cuenta de MyChart en cualquier momento o previa solicitud por escrito.
- Los términos y condiciones completos están disponibles en: <https://mychart.ynhhs.org/mychart-PRD/default.asp?mode=stdfile&option=termsandconditions>

Autorización para el acceso del Apoderado:

Reconozco que leí y entendí los Términos y Condiciones del Apoderado para Adultos de MyChart y autorizo al Apoderado mencionado arriba a acceder a mi cuenta de MyChart.

Firma del paciente/Tutor: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: [☐] Él mismo [☐] Tutor/Consejero legal*

**Si la relación es distinta a la del paciente, la documentación legal debe acompañar esta solicitud*

Para la activación de apoderado, enviar el formulario completo y la documentación legal, si corresponde, a:

Fax: 203-688-8155 o

Correo electrónico: MyChart.eHIM@ynhh.org.

For Office Use Only

Patient MRN: _____	Proxy Activation Date: _____
--------------------	------------------------------

