

Formulario para el acceso de un representante adulto o para el acceso de un paciente adulto a MyChart

PATIENT LABEL HERE

Seleccione qué tipo de acceso a MyChart está solicitando:

- Adulto (18 años en adelante) que solicita acceso a su propia cuenta de MyChart (Complete la sección 1 de este formulario y la firma del paciente en la sección 3).**

Sección 1

NOMBRE DEL PACIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO:
DIRECCIÓN:	CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL:
CORREO ELECTRÓNICO:	TELÉFONO:
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: (Sólo se requiere para las solicitudes a HIM)	

Sección 2

- Adulto (18 años en adelante) que solicita acceso a otra cuenta de MyChart de un adulto. (Complete la sección 1 y 2 de este formulario y la firma del paciente en la sección 3).**

Al escoger esta opción, autorizo a Children's Wisconsin, sus clínicas afiliadas, entidades y a otros proveedores que usan el expediente médico electrónico de Children's a que divulguen mi información médica al representante adulto designado abajo.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE:	RELACIÓN DEL REPRESENTANTE CON EL PACIENTE:
FECHA DE NACIMIENTO DEL REPRESENTANTE:	DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE:
TELÉFONO DEL REPRESENTANTE:	CORREO ELECTRÓNICO DEL REPRESENTANTE:

Firma del representante (requerida)

Fecha (requerida)

Sección 3

Entiendo que:

- Al autorizar el acceso de un representante, la persona mencionada abajo tendrá permiso para ver mi información de salud personal a través de MyChart. Este formulario no autoriza la divulgación de mi expediente médico a mi representante designado por otros métodos o en otras formas.
- Si ya no deseo que este individuo tenga acceso a mi información, es mi responsabilidad anular su acceso.



- Es necesaria una solicitud por escrito para anular el acceso de este representante, y cualquier acción o accesos hechos antes de esta revocación se autorizaron como parte de la firma y fecha inicial.
- Es posible que se monitoreen todas las actividades en mi cuenta de MyChart por una auditoria informática, y que la información que ingrese mi representante se vuelva parte del historial médico.
- Se brinda el acceso a una cuenta de MyChart para su conveniencia, y es posible que el acceso a una cuenta de MyChart se revoque en cualquier momento y por cualquier razón, lo que incluye las acciones no autorizadas o inapropiadas hechas por mi representante.
- El uso de mi cuenta de MyChart es voluntario, y no estoy obligado a hacerlo ni a autorizar que otra persona (representante) tenga acceso a mi cuenta de MyChart.
- La autorización permite el acceso a cualquier atención provista hasta la fecha de la autorización, así como a cualquier atención y tratamiento brindados mientras la autorización sea válida.
- Si bien CW ha hecho todo lo posible para retirar información sensible de MyChart, es posible que haya información confidencial disponible en MyChart. Esto significa que mi representante tendrá acceso a registros médicos que pueden incluir información relacionada con el diagnóstico o tratamiento de enfermedades mentales, consumo de alcohol o drogas, enfermedades de transmisión sexual, resultados de pruebas para detectar VIH, salud del adolescente, discapacidades del desarrollo y resultados de pruebas genéticas.
- Una vez que se haya divulgado la información, el representante puede difundir mi información de salud y es posible que ya no esté protegida por la ley federal de salud.
- Al firmar abajo, reconozco que he leído y que entiendo la autorización, que estoy de acuerdo con sus términos y que le otorgo acceso a mi representante, el individuo nombrado en la sección 2, a mi información de salud personal a través de MyChart.

Firma del paciente (requerida)

Fecha (requerida)

Envíe todos los formularios a:

- Por correo electrónico a: MedicalRecords@chw.org
- Por fax al 414-266-6316
- Por correo a:
Children's Wisconsin
Health Information Management
PO Box 1997
Summit 4300 3W
Milwaukee, WI 53201