

MyChart – Autorización para el acceso del representante de un adulto

Información del paciente	
<i>Debe llenar todos los espacios.</i>	
Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____	Correo electrónico: _____
Ciudad, estado, código de área: _____	Teléfono: _____
Información del representante	
<i>Debe llenar todos los espacios.</i>	
Nombre del representante: _____	Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____	Correo electrónico: _____
Ciudad, estado, código de área: _____	Número telefónico: _____
Vínculo con el paciente: _____	

Términos y condiciones de MyChart

Entiendo lo siguiente:

- MyChart contiene información médica seleccionada y limitada del historial médico del paciente y no refleja un contenido completo. Una copia impresa del historial médico se puede solicitar a través del proveedor de servicios médicos del paciente.
- Mis actividades dentro de MyChart se rastrean a través de una auditoría informática y las entradas que haga pueden llegar a ser parte de mi historial médico o del historial médico del paciente mencionado anteriormente.
- Entiendo que el paciente puede revocar mi acceso a cualquier información sobre él por medio de una petición escrita.
- Estoy de acuerdo con el cumplimiento de los términos y las condiciones de MyChart de Yale New Haven Health System, los cuales se encuentran disponibles en el sitio <https://MyChart.ynhhs.org/MyChart-PRD/default.asp?mode=stdfile&option=termsandconditions>

Al firmar a continuación, confirmo que estoy proporcionando documentación sobre mi autorización para acceder a la información médica protegida del paciente descrito anteriormente. Certifico que estoy legalmente autorizado para acceder a dicha información sobre el paciente nombrado anteriormente y que la información que he proporcionado es verdadera y correcta.

Firma del representante: _____ Fecha: _____

Hago constar que leí y entendí este formulario de autorización para el representante de un paciente adulto de MyChart. Estoy de acuerdo con sus términos y designo a la persona nombrada más arriba como mi representante MyChart, en consecuencia le doy autorización para que ingrese a mi historial médico MyChart.

For Office Use Only

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