

Acceso al Expediente MyChart de Otro Adulto

Complete este formulario para solicitar acceso al expediente MyChart de un adulto cuya atención médica usted ayuda a administrar. El paciente tiene que firmar este formulario y autorizar la liberación de información médica en MyChart en el "Formulario para Representante de un Adulto". Tenga en cuenta que podrá acceder a la tabla del paciente a través del expediente de MyChart de usted, su representado. Al completar el presente formulario establecerá un expediente MyChart para usted y para el paciente.

Devuelva los formularios a la siguiente dirección para que sean escaneados y se agreguen a su Expediente Electrónico.

Health Information Management Services
Texas Health Resources
500 E. Border St – Suite 700
Arlington, TX 76010
HIMSROI@texashealth.org O por Fax al: 682-236-7126

Su información (Todas las secciones son necesarias – letra de molde clara).**La persona que solicita acceso al expediente MyChart del otro adulto debe completar esta sección.**

Nombre (apellido, nom bre, inicialdelo nombre)/Name (last, first, middle initial): _____

Fecha de Nacimiento/Date of Birth: _____ Sexo/Sex: _____

Correo electrónico/Email: _____

Dirección/Street Address: _____

Ciudad/City: _____ Estado/State: _____ Código Postal/Zip: _____

Teléfono/Phone: _____ Médico principal/Primary Physician: _____

Número de Seguro Social (losúltim os4 dígitos)/ Social Security Number (last 4 digits): XXX-XX-_____

Información del paciente (Todas las secciones son necesarias – letra de molde clara).**Complete esta sección con información del paciente cuyo expediente MyChart usted desea acceder.**

Nombre (apellido, nom bre, inicialdel2do nombre)/Name (last, first, middle initial): _____

Fecha de Nacimiento/Date of Birth: _____ Sexo/Sex: _____

Correo electrónico/Email: _____

Dirección/Street Address: _____ Ciudad/City: _____

Estado/State: _____ Código Postal/Zip: _____ Teléfono/Phone: _____

Médico principal/Primary Physician: _____

Número de Seguro Social (los últimos 4 dígitos)/ Social Security Number (last 4 digits): XXX-XX-_____

Términos y Acuerdo de MyChart

- Entiendo que MyChart tiene como objetivo servir como una fuente en línea segura de información médica confidencial. Mi identificación y contraseña de MyChart no pueden compartirse con nadie porque esa persona será capaz de ver mi información de salud y la información médica de alguien que me ha dado su autorización para que lo represente en MyChart. Esta acción tendrá como resultado la desactivación de mi cuenta MyChart.
- Estoy de acuerdo que es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantener mi contraseña de forma segura y cambiar mi contraseña si creo que se pudo haber comprometido su confidencialidad de alguna manera.
- Tengo entendido que MyChart contiene información médica específica y limitada del expediente médico de un paciente y que MyChart no refleja el contenido completo del expediente médico. También entiendo que es posible solicitar una copia del expediente médico del paciente en la clínica del paciente.
- Entiendo que mis actividades dentro de MyChart pueden ser rastreadas por auditoría informática y que las entradas que yo haga pueden formar parte del expediente médico del paciente.
- Tengo entendido que Texas Health Resources proporciona el acceso a MyChart como una comodidad para sus pacientes y que Texas Health Resources tiene el derecho a desactivar el acceso a MyChart en cualquier momento por cualquier razón. Entiendo que el uso de MyChart es voluntario y que no estoy obligado a usar MyChart ni autorizar a un representante en MyChart.
- Al firmar abajo, reconozco que he leído y entendido este Formulario de Registro de MyChart y que estoy de acuerdo con sus Términos



Su firma (Representante) (Obligatoria)

(Your (Proxy) Signature (Required))

Parentesco con el paciente

(Relationship to Patient)

Fecha/Date

Reconozco que he leído y entendido este Formulario de Registro de MyChart y que estoy de acuerdo con sus términos. Acepto sus términos y decido designar a la persona nombrada arriba como mi representante en MyChart, con lo que le autorizo acceder a mi expediente médico MyChart.



**Firma del paciente (o persona autorizada)
(Obligatoria)**(Signature of Patient (or authorized person))
(Required)

Parentesco con el paciente

(Relationship to Patient)

Fecha/Date

**Autorización para Divulgación de Información del Paciente/Authorization for Release of
Medical Information**

Este formulario es una autorización que autoriza a Texas Health Resources que divulgue su información médica a su representante adulto designado. Léalo atentamente.

El paciente debe completar este formulario, y así autorizará a la otra persona el acceso a su información médica en su expediente MyChart. Debe acompañar el Formulario para Representante de un Adulto, el cual incluye el nombre y la información del individuo que recibe la autorización del paciente para acceder a su expediente MyChart como un representante. Si no cuenta con un Formulario para Representante de un Adulto, póngase en contacto con su clínica.

Nombre del paciente (apellido, nombre, inicial del nombre): _____
(Patient Name (last, first, middle initial))

Fecha de nacimiento: _____
(Date)

Estoy solicitando que _____ (escriba el nombre del representante) tenga acceso a mi información de salud que está disponible en mi Expediente MyChart de Texas Health Resources. Entiendo que la información especificada que se va a divulgar puede incluir: resultados de estudios de laboratorio personales, demografía, listas de problemas e información médica. Esta persona es mi representante designado en MyChart. Doy mi autorización a Texas Health Resources para que divulgue la información de salud contenida en mi expediente MyChart a mi representante en MyChart. Entiendo que la información especificada que se va a divulgar incluye pero no se limita a: historial, diagnósticos o tratamientos de abuso de drogas o alcohol, enfermedades mentales o enfermedades transmisibles, incluyendo el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Autorizo la divulgación de esta información únicamente a través de mi expediente MyChart. Este formulario no autoriza la divulgación de mi expediente médico a mi representante designado por otros métodos o en otras formas.

Entiendo que después de divulgar mi información, es posible que el representante la vuelva a divulgar, y con ello la información divulgada podría no estar cubierta por las medidas federales para la protección de la privacidad.

La participación en MyChart y la designación de un representante en MyChart es totalmente voluntaria. Entiendo que no estoy obligado a designar a un representante en MyChart y que no estoy obligado a proporcionar esta autorización. También entiendo que Texas Health Resources no condiciona ningún tratamiento para el cuidado de la salud, pago u otros servicios si proporciono o no esta autorización. Sin embargo, también entiendo que si no doy mi autorización, Texas Health Resources no podrá permitir que mi representante designado acceda a mi expediente MyChart.

Esta autorización no expirará hasta que yo la revoque; para hacerlo, es necesario entregar por escrito una solicitud de revocación a Texas Health Resources. Entiendo que si revoco esta autorización, mi representante designado no podrá acceder a mi expediente MyChart. También entiendo que mi revocación no afectará ninguna divulgación que se haya realizado antes de tramitar la petición de revocación.

Fecha/Date: _____ Médico principal/Primary Physician: _____

Firma del paciente (o del representante legalmente autorizado): _____
Signature of Patient (or legally authorized representative)

Nombre en letra de molde: _____
Printed Name

Si la persona que firma no es el paciente, indique su autoridad para firmar por el paciente (por ejemplo, tutor) y adjunte comprobantes:

NOTA: Usted puede desactivar el acceso del representante adulto mencionado arriba en cualquier momento a través de MyChart o puede presentar una solicitud por escrito a su clínica.