



Check One: GSH MMC SCH SCS SFH
 SJH CHS OTHER: _____

MyChart - SCAN, ADULT PROXY - SPANISH, 11/19/13

AL COMPLETAR EL PRESENTE FORMULARIO, USTED ESTÁ DANDO AL APODERADO DESIGNADO ACCESO A SUS REGISTROS EN CHS MYCHART, QUE PUEDEN CONTENER INFORMACIÓN DE SALUD PRIVADA.

Nombre completo del paciente:

Dirección:

Número de historia clínica:

Fecha de nacimiento: / /

Autorizo a mi prestador y a Catholic Health Services de Long Island a divulgar mi información de salud protegida a través de CHS MyChart a mi apoderado designado y mencionado a continuación.

Mi apoderado únicamente tendrá acceso a mi historia clínica a través del sitio CHS MyChart, y no tendrá acceso mediante otra fuente o método. Entiendo que CHS MyChart contiene información médica limitada y seleccionada de la historia clínica del paciente, y que CHS MyChart no refleja los contenidos completos de la historia clínica. También entiendo que se puede solicitar al prestador una copia impresa de la historia clínica del paciente.

Entiendo que una vez que se divulgue mi información de salud, el apoderado puede volver a divulgar mi información de salud obtenida en CHS MyChart. Es posible que la divulgación posterior no esté cubierta por protecciones federales de privacidad. Además, entiendo que CHS MyChart tiene la finalidad de ser una fuente en línea segura de información de salud confidencial. Si comparto mi identificación o contraseña de CHS MyChart con otra persona, dicha persona podrá visualizar mi información de salud y la de cualquier persona que me haya autorizado como apoderado de CHS MyChart.

Entiendo que mi participación y la designación de un apoderado que visualice mi registro en CHS MyChart son voluntarias. Mi participación o designación de un apoderado para que utilice CHS MyChart no es una condición para mi tratamiento de atención médica, pago ni otros servicios.

Entiendo que puedo revocar la presente autorización al apoderado en cualquier momento directamente a través de CHS MyChart, o enviando un mensaje CHS MyChart o una solicitud por escrito a mi prestador de atención médica. Una vez revocada, entiendo que el apoderado designado ya no tendrá acceso a mi cuenta de CHS MyChart. Entiendo que cualquier información divulgada al apoderado antes de recibida mi solicitud por escrito para revocar su acceso no se verá afectada por la solicitud.

Reconozco que he leído y comprendido la presente autorización. Acepto sus términos y elijo designar a la persona indicada a continuación como mi apoderado de CHS MyChart.

X

Firma del paciente

Fecha

Hora

Información del apoderado. (Un apoderado es una persona que puede acceder a su información de salud como si fuese usted).

Nombre completo del apoderado:

Dirección:

Relación con el paciente:

Fecha de nacimiento: / /

NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA

WHITE-CHART

YELLOW-PATIENT

NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA