

ProHealth Care cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-262-928-4465 (VRS: 1-866-327-8877).
 ATENCIÓN: Si habla español, tenemos a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-262-928-4465 (VRS: 1-866-327-8877).
 LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-262-928-4465 (VRS: 1-866-327-8877).

| Información del Paciente (se requiere llenar toda la información) | |
|--|-----------------------------|
| Nombre del Paciente: | Fecha de Nacimiento: |
| Número de Seguro Social: | Correo Electrónico: |
| Domicilio: | Teléfono: |
| Ciudad, Estado, Código Postal: | |
| Información del Padre Madre/Tutor (se requiere llenar toda la información) | |
| Nombre del Padre/Madre/Tutor: | Fecha de Nacimiento: |
| Domicilio: | Correo Electrónico: |
| Ciudad, Estado, Código Postal: | Teléfono: |
| Relación del Paciente: | |

Información de salud electrónica protegida en MyChart de ProHealth Care

| | | | |
|--------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| Mensajería protegida | Citas | Resultados de pruebas | Medicamentos |
| Alergias | Vacunas | Cuidado preventivo | Antecedentes médicos |
| Admisiones hospitalarias | Seguimiento de mi salud | Facturación y seguro | Cartas de mi cuenta |
| Diagnósticos | Problemas de salud actuales | Resumen después de la consulta | Próximas pruebas y procedimientos |
| Plan de cuidado | Notas del profesional de salud | | |

Autorización para divulgar información médica protegida

Mi firma a continuación representa mi autorización a ProHealth Care para crear una cuenta de MyChart para mi hijo(a) menor y que autorizo la divulgación de información médica a través de MyChart a mi hijo(a) menor, paciente mencionado anteriormente. Entiendo que ProHealth Care incluye todos los hospitales, clínicas, participantes de la organización de atención responsable de ProHealth Solutions y profesionales de atención médica de ProHealth Care que utilizan el sistema de registro médico electrónico de ProHealth Care. Entiendo que esto autoriza a mi hijo(a) a acceder a la información de salud mencionada anteriormente. Entiendo que MyChart puede contener información de salud sensible y que puede ser adecuado que yo hable de estos temas con mi hijo(a) antes de autorizar este acceso. Reconozco que mi hijo(a) puede tener derecho a ley estatal a la privacidad en relación con su atención por problemas de salud mental, abuso de sustancias, enfermedades de transmisión sexual o pruebas de embarazo.

Nombre del Padre/Madre/Tutor Firma del Padre/Madre/Tutor Fecha



507 Authorization



MYCTEEN

ProHealth Care complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-262-928-4465 (VRS: 1-866-327-8877).
ATENCIÓN: Si habla español, tenemos a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-262-928-4465 (VRS: 1-866-327-8877).
LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-262-928-4465 (VRS: 1-866-327-8877).

El propósito de este formulario es otorgarles a los jóvenes de entre 14 y 17 años acceso a su propia cuenta de MyChart.

Como hijo(a) autorizante, acepto los siguientes términos y condiciones para otorgar acceso a MyChart.

Entiendo que MyChart está diseñado como una fuente segura en línea de mi información médica personal. Si comparto mi ID de MyChart y mi contraseña con otra persona, esa persona puede ver mi información médica o la información médica de mi hijo(a) y la información médica de alguien que me haya autorizado como representante de MyChart.

- **Entiendo** que es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantener mi contraseña de manera segura y cambiar mi contraseña si creo que puede haber sido comprometida de alguna manera.
- **Entiendo** que MyChart contiene información médica limitada de mi registro médico y que MyChart no incluye el contenido completo del registro médico. Entiendo que puedo solicitar una copia impresa del registro médico de un paciente y que se me puede cobrar una tarifa por dichas copias.
- **Entiendo** que las actividades dentro de MyChart pueden ser rastreadas a través de una auditoría informática y la información que acceso pueden formar parte del registro médico.
- **Entiendo** que el acceso a MyChart se proporciona para la comodidad de los pacientes y que ProHealth Care tiene el derecho de revocar el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier motivo.
- **Entiendo** que el uso de MyChart es de manera voluntaria y no estoy obligado a usar MyChart para autorizar a otra persona (proxy) a acceder a la cuenta de MyChart.
- **Entiendo** que es mi responsabilidad asegurarme de que mi dirección de correo electrónico esté actualizada en todo momento, y que, si mi correo electrónico no está actualizado, no recibiré mensajes importantes de MyChart.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendido este formulario de registro de MyChart y acepto sus términos.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Para otorgar acceso de apoderado a padres de su cuenta de MyChart, complete el formulario de registro de acceso de apoderado de MyChart.

Por favor envíe los formularios por correo o fax a:

Health Information Management Identity - Data Integrity
N17 W24100 Riverwood Drive, Suite 200
Waukesha, WI 53188
FAX: (262) 544-9489



507 Authorization



MYCTEEN