

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).

Este formulario es una autorización que permitirá a ProHealth Waukesha Memorial Hospital, Waukesha Memorial Hospital - Mukwonago, ProHealth Oconomowoc Memorial Hospital, sus clínicas afiliadas y otros profesionales de salud que utilizan el sistema de registro médico electrónico de ProHealth Care divulgar su información médica al apoderado que usted designó. Si bien ProHealth Care se ha esforzado en omitir información confidencial de MyChart, es posible que exista información confidencial disponible en MyChart. Esto significa que mi representante tendrá acceso a registros que pueden incluir información relacionada con el diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades mentales, uso de sustancias, enfermedades de transmisión sexual, resultados de pruebas de VIH, salud de los adolescentes, discapacidades del desarrollo y pruebas genéticas.

Favor de completar el "Formulario de registro para acceso de adultos o de MyChart AD-33".

Información del Paciente (se requiere llenar toda la información)	
Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:
Domicilio:	Correo Electrónico:
Ciudad, Estado, Código Postal:	Teléfono:
Información del Representante (se requiere llenar toda la información)	
Nombre del Representante:	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		

Términos y condiciones de MyChart para otorgar / recibir acceso al representante:

- Entiendo que esta autorización permite el acceso al contenido completo del registro de MyChart proporcionado antes de la fecha de la autorización, así como a cualquier información de facturación, atención y tratamiento proporcionados mientras la autorización sea válida.
- Entiendo que esta autorización le permite a mi apoderado programar mis consultas a través de MyChart.
- Entiendo que la información de salud divulgada bajo esta autorización a mi representante a través del portal para pacientes de ProHealth Care MyChart puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está protegida por la ley estatal o federal.
- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización y terminar la relación del representante para la persona que se enlista como el representante en cualquier momento, excepto en la medida en que ProHealth Care ya haya tomado medidas basándose en mi autorización. Entiendo que puedo revocar mi autorización y terminar la relación con el representante anteriormente mencionado comunicándome con el Health Information Management al 262-696-5843 y solicitando el **Formulario de inactivación de MyChart**.
- Entiendo que tengo derecho a solicitar una copia de esta autorización y que puedo obtener una copia de esta autorización comunicándome con el Departamento de Información de Salud de ProHealth Care al 262-696-5843.



507



MYCROI

- Entiendo que las actividades dentro de MyChart pueden ser rastreadas a través de una auditoría informática y la información que mi representante acceda puede formar parte del registro médico.
- Entiendo que el acceso a una cuenta MyChart se proporciona para mi conveniencia y que el acceso a mi cuenta MyChart puede ser revocado en cualquier momento y por cualquier motivo, incluyendo acciones no autorizadas o inadecuadas realizadas por mi representante.
- Entiendo que el uso de mi cuenta MyChart es voluntario y no estoy obligado(a) a usar MyChart ni a autorizar a otra persona (representante) a acceder mi cuenta de MyChart.
- Entiendo que mi capacidad para obtener tratamiento, pago u otros servicios no se verá afectada si elijo no proporcionar acceso a mi representante a mi cuenta de MyChart. Sin embargo, también entiendo que, si no doy autorización, mi representante no tendrá acceso a mi registro de MyChart.
- Entiendo que autorizo el uso y la divulgación de información médica protegida electrónica (“ePHI”) a través de MyChart como se describe a continuación.
 - Nombres o clases de organizaciones autorizadas para divulgar la ePHI a través de MyChart:
 - ProHealth Waukesha Memorial Hospital
 - ProHealth Waukesha Memorial Hospital - Mukwonago
 - ProHealth Oconomowoc Memorial Hospital
 - ProHealth Medical Group
 - Participantes de la organización de atención responsable de ProHealth Solutions
 - Todos los profesionales de atención médica que utilizan el sistema de registros médicos electrónicos de ProHealth Care
 - Descripción de ePHI que se publicará: información de salud disponible en MyChart.
 - La ePHI se divulga para permitir que mi representante tenga un papel más activo en mi atención médica.
- Entiendo que esta autorización permite el acceso al contenido completo del registro de MyChart.
- Entiendo que esta autorización permite la divulgación de PHI a mi representante para darle información sobre mi atención médica, incluida, cuando corresponda, información relacionada con el trastorno por uso de sustancias.
- Entiendo que mi representante tendrá acceso a registros que pueden incluir información relacionada con el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales, toda la información relacionada con mi tratamiento para cualquier trastorno por uso de sustancias, enfermedades de transmisión sexual, discapacidades del desarrollo y resultados de y pruebas genéticas y de VIH.
- Entiendo que otorgar acceso a mi representante para una tercera persona es completamente voluntario.
- Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo la autorización. Acepto sus términos y otorgo acceso a mi representante de mi PHI a través de MyChart que es la persona nombrada en este formulario.

Firma del Paciente/Representante Legal: _____ Fecha: _____

Representante autorizado (marque la casilla correspondiente a continuación) Requiere una copia del documento legal que otorga la autoridad.

Tutor legal (orden de la corte) Poder notarial para atención médica (activo) Otro _____

Favor de enviar todos 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
mychartadministrator@phci.org



507



MYCROI