

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 Representante (Persona pidiendo acceso a la cuenta de MyChart de otro paciente)
 (se requiere llenar toda la información)

Nombre del Representante:	Fecha de Nacimiento del Representante:
Domicilio del Representante:	Número de Seguro Social del Representante:
Ciudad, Estado, Código Postal del Representante:	Teléfono del Representante:
Correo Electrónico del Representante:	

Si solicita acceso de representante, marque una de las casillas siguientes. Tenga en cuenta que, para todos los tipos de acceso de representante, se accederá a la historia clínica del paciente a través de su cuenta MyChart. Se creará una cuenta MyChart para usted como parte de esta solicitud de poder.

Solicitud de Acceso del Representante Adulto (Por favor verifique a continuación y complete la información del paciente adulto):

- Adulto-Adulto (Acceso al registro de MyChart de otro adulto) El paciente debe proporcionar autorización para la divulgación de información médica en MyChart, firmando el "Formulario de autorización de divulgación de información del representante para adultos de MyChart AD-32"

Información del paciente adulto: (Se requiere llenar toda la información requerida para otorgar el acceso al representante adulto. Escriba con letra de molde legible). Complete esta sección con información sobre el paciente adulto cuyo registro de MyChart está solicitando acceder.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Domicilio: _____ Ciudad: _____
 Estado: _____ Código Postal: _____

Solicitud de acceso al representante de un menor (marque la(s) casilla(s) correspondientes y complete la información del menor en la página siguiente):

* Tenga en cuenta las siguientes limitaciones de rango de edad para MyChart. Estas limitaciones de rango de edad no afectan ningún derecho legal que tenga para acceder al registro de su hijo(a) por otros medios.

- Edad del menor 0 - 11: (Acceso al registro de MyChart de su hijo(a) menor: acceso completo)
 Menor de 12 a 17 años (acceso limitado) Se le otorgará acceso parcial al registro MyChart de su hijo(a) (por ejemplo, programación de citas, vacunas). Debido a las leyes de privacidad.
 Menor de 12 a 17 años (acceso completo): Se le otorgará acceso completo al registro de MyChart de su hijo(a) si él/ella (de 12 a 17 años) aprueba el acceso mediante la firma del formulario AD 32 Autorización de divulgación de información de MyChart al representante.

Favor de enviar 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 Authorization



PROXY

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).

Información del Menor:

Llene esta sección con información sobre sus hijos menores a cuyos registros de MyChart solicita acceder. Si tiene más de tres hijos a los que le gustaría tener acceso de representación, solicite otro formulario.

- A. Nombre (apellido, nombre, inicial) _____ Fecha de Nacimiento _____
- B. Nombre (apellido, nombre, inicial) _____ Fecha de Nacimiento _____
- C. Nombre (apellido, nombre, inicial) _____ Fecha de Nacimiento _____

- Una vez que su hijo(a) cumpla 18 años, usted ya no tendrá acceso al registro de MyChart de su hijo(a).

Electronic Protected Health Information in ProHealth Care's MyChart

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 MyChart está diseñado como una fuente segura en línea de mi información médica personal. Si comparto mi nombre de usuario 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 accedo puede 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 (representante) a acceder a mi 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.

Para registrarse en MyChart y dar todo tipo de acceso a un representante:

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

Firma del Representante: _____

Relación del paciente: _____ Fecha: _____



507 Authorization



PROXY