

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).

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

**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



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).

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



PROXY