Virginia Garcia Memorial
HEALTH CENTER

Solicitud de Acceso Proxy de MyChart

Envíe las Solicitudes de Acceso / Solicitud de Revocación a • Centro Memorial de Salud Virginia García–Departamento de Récords Médicos: P.O. Box 6149 • Aloha, OR 97007 • 503-359-5563 • F 503-357-4371

Nombre del Paciente:_____Fecha de Nacimiento:_____/_____/_____Teléfono: (_____)_____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

¿Nos da usted permiso para dejar un mensaje de voz si tenemos preguntas sobre cómo configurar el acceso? ☐Sí ☐ No

Información del Proxy MyChart

Esta sección se debe completar con la información sobre la persona que recibirá acceso al historial clínico del paciente.

Nombre del Proxy:_____Fecha de Nacimiento:_____/_ _/_____Teléfono: (_____)_____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Últimos 4 dígitos del Número del Seguro Social:_____Correo Electrónico: _____

Acuerdo del Representante y Paciente de MyChart

Un **proxy o apoderado** es una persona a la que se le ha dado permiso para tener acceso a la cuenta de MyChart del paciente y a la información médica disponible en MyChart.

¿Cuál acceso de proxy se está solicitando? (marque solo un cuadrito)

☐ Un individuo al que un paciente adulto le permite ser su proxy o apoderado (por ejemplo, cónyuge, hermano).
El acceso permanecerá vigente hasta que se revoque

☐ Padre / guardián legal de un paciente menor o adulto con discapacidad del desarrollo

☐ Padre de un menor (padre biológico o padre adoptivo)
Si usted no es el padre biológico o adoptivo (por ejemplo padrastro o abuelo), deberá proporcionar documentación que establezca que usted es el guardián legal / representante para la atención médica del paciente.

☐ Guardián legal o representante autorizado de un adulto. *El representante autorizado puede incluir un centro de cuidado*

☐ Guardián legal o representante autorizado de un menor
Para los menores de 12 años, este poder se vence antes de que el paciente cumpla 12 años; para los menores de 12 a 17 años, este poder se vence el día que el paciente cumpla 18 años.

Al firmar más abajo, entiendo que:

- MyChart puede contener información médica limitada y es posible que no refleje el contenido completo del expediente médico.
- El Centro Memorial de Salud Virginia García tiene el derecho de desactivar el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier motivo.
- Todas las actividades dentro de MyChart pueden convertirse en parte del expediente médico del paciente mencionado anteriormente.
- Las leyes federales y / o estatales pueden restringir la divulgación de información médica protegida. Sin embargo, una vez que se ha divulgado la información, se puede volver a divulgar y es posible que las leyes de privacidad ya no protejan mi información.
- Mi negativa a firmar esta autorización no afectará mi capacidad para obtener los servicios de atención médica o el reembolso por esos servicios.
- Puedo revocar esta autorización mediante la presentación de una solicitud de revocación por escrito al Departamento de Récords Médicos de la Clínica Virginia García.

Virginia Garcia Memorial
HEALTH CENTER

Solicitud de Acceso Proxy de MyChart

Además, autorizo la divulgación de cualquier información mantenida en el expediente de MyChart en lo que se refiere a mí. Aquí se incluye información relacionada con: resultados de pruebas de VIH y diagnóstico de VIH, otras enfermedades de transmisión sexual, información de diagnóstico o tratamiento de salud mental, información de pruebas genéticas y diagnóstico de drogas / alcohol, tratamiento, o información de referencias.

X_____	_____	_____/_____/_____
Firma del Proxy	Nombre Legible y Relación	Fecha
X_____	_____	_____/_____/_____
Firma del Paciente 12+ Años – ES REQUERIDA	Nombre Legible	Fecha