



Montefiore

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MONTEFIORE MYCHART PARA EL APODERADO DE UN ADULTO

Para ser completado por el paciente:

Patient Information/Label

Autorización para acceder a la historia clínica de Montefiore MyChart de otro adulto. Por favor complete las dos páginas de este formulario.

Este formulario es una autorización que le permitirá a Montefiore Health System, Inc. compartir información médica con el apoderado adulto que usted designe y debe ser completado por el paciente, salvo que el paciente no se encuentre capacitado para hacerlo. Este formulario es válido hasta que el paciente lo revoque mediante notificación por escrito a Montefiore Health System, Inc..

Envíe los formularios completos: al consultorio de su médico y permita por lo menos 48 horas para procesarlos; una vez transcurrido dicho plazo comuníquese con el personal de apoyo de Montefiore MyChart llamando al 855-226-3069 para activar su condición de apoderado.

Por favor, escriba en letra de imprenta

Información del paciente (Persona que autoriza el acceso a Montefiore MyChart)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
(Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____

Información del apoderado (Persona que solicita el acceso a Montefiore MyChart como apoderado)

Name of Proxy: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
(Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____

Relación con el paciente:

Designado por el tribunal Cónyuge/Pareja doméstica Hijo/hija adulto Otra

Términos y acuerdo MyChart:

- Comprendo que Montefiore MyChart ha sido diseñado para usarse como fuente online segura de información médica que contiene información limitada obtenida de mi registro médico electrónico y que puede incluir información de todos los centros de Montefiore. Puede incluir información sobre salud mental, discapacidades de desarrollo, abuso de alcohol y/o sustancias, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o resultados de análisis de VIH y/o análisis de intoxicación.
- Comprendo que el acceso a Montefiore MyChart se brinda a modo de conveniencia para el paciente y que Montefiore tiene derecho a interrumpir el acceso a Montefiore MyChart en cualquier momento.
- Comprendo que una vez que se haya compartido la información, puede ser compartida nuevamente por el apoderado y que la información compartida puede no encontrarse protegida por las normas federales de protección de la privacidad.
- Comprendo que la designación de un apoderado de Montefiore MyChart es voluntaria. No estoy obligado ni a designar un apoderado de Montefiore MyChart ni a otorgar esta autorización. También entiendo que Montefiore Health System, Inc. no impone el otorgamiento de esta autorización como condición para la atención médica, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios.
- Comprendo que esta autorización es válida hasta que la revoque mediante notificación por escrito a Montefiore Medical Center. Si revoco esta autorización, el apoderado designado ya no podrá acceder a mi cuenta de Montefiore MyChart.
- Comprendo que mi revocación no afectará ninguna divulgación que se haya realizado antes de que se procese la revocación.

Declaro que he leído y comprendo los términos que contiene este Formulario de autorización de Montefiore MyChart para el apoderado de un adulto. Acepto los términos y elijo designar a la persona mencionada más arriba como apoderado de Montefiore MyChart, de esta manera le permito acceder a mi información de salud a través de Montefiore MyChart.

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA (PACIENTE)

FECHA (CAMPO OBLIGATORIO)

**MONTEFIORE
FORMULARIO DE SOLICITUD DE MONTEFIORE
MYCHART PARA EL APODERADO DE UN ADULTO**

Patient Name: _____

MR #: _____

Para ser completado por el apoderado:

Autorización para acceder a la historia clínica de Montefiore MyChart de otro adulto
Este formulario es una autorización que le permitirá a Montefiore Health System, Inc. compartir información médica con el apoderado adulto que usted designe y debe ser completado por el paciente, salvo que el paciente no se encuentre capacitado para hacerlo. Este formulario es válido hasta que el paciente lo revoque mediante notificación por escrito a Montefiore Health System, Inc..

Envíe los formularios completos: al consultorio de su médico que necesitará por lo menos 48 horas para procesarlos; una vez transcurrido dicho plazo comuníquese con el personal de apoyo de Montefiore MyChart llamando al 855-226-3069 para activar su condición de apoderado.

Por favor, escriba en letra de imprenta

Información del apoderado (Persona que solicita el acceso a Montefiore MyChart como apoderado)

Nombre del apoderado: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
(Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____

Información del paciente (Persona que autoriza el acceso del apoderado a Montefiore MyChart)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
(Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Términos y acuerdo MyChart:

- Comprendo que Montefiore MyChart ha sido diseñado para usarse como fuente online segura de información médica confidencial. Si comparto mi nombre de usuario y contraseña de Montefiore MyChart con otra persona, dicha persona podrá ver mi información de salud o la información de salud de cualquier otra persona a la que yo tenga acceso como apoderado.
- Comprendo que Montefiore MyChart contiene información médica seleccionada, limitada y que Montefiore MyChart no refleja los contenidos completos de la historia clínica del paciente.
- Comprendo que las actividades que realice dentro de Montefiore MyChart se pueden rastrear electrónicamente y que las entradas que realice pueden convertirse en parte de mi historia clínica.
- Comprendo que el acceso a Montefiore MyChart se brinda a modo de conveniencia para el paciente y que Montefiore tiene derecho a suspender el acceso a Montefiore MyChart en cualquier momento.
- Comprendo que el uso de Montefiore MyChart es voluntario y que mi acceso como apoderado puede ser revocado mediante notificación por escrito del paciente a Montefiore Health System, Inc..
- Comprendo que si el paciente no tiene capacidad para tomar decisiones de salud, se me solicitará que presente documentación que demuestre mi relación con el paciente. Si no puedo proporcionar dicha documentación, no se me brindará acceso a Montefiore MyChart.

Declaro que he leído y comprendo los términos que contiene este Formulario de solicitud de Montefiore MyChart para el apoderado de un adulto. Acepto los términos y elijo ser designado como apoderado de Montefiore MyChart, lo que me brinda acceso a la información de salud del paciente mencionado anteriormente a través de Montefiore MyChart.

NOMBRE DEL APODERADO

FIRMA (APODERADO)

FECHA (CAMPO OBLIGATORIO)

Ejemplos de ID:

Identificación emitida por el gobierno (como por ej., licencia de conducir, pasaporte u otro tipo de identificación)

For office use only: Received by: _____ Date: _____ Department: _____