

MYCHART®:
CHILD PROXY AUTHORIZATION FORM

Completion of **ALL** sections is required – please print clearly

Parent/Guardian Information:

Parent/Guardian Name (Last, first, middle initial): _____ Date of Birth: _____

Street Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

E-mail Address: _____ Phone Number: _____ Initials: _____

Patient's Information:

Name (Last, first, middle initial): _____ Date of Birth: _____

Street Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

E-mail Address: _____ Phone Number: _____

1. This form designates the person named above as the patient's MyChart Proxy, thereby allowing Mount Sinai Medical Center to disclose health information concerning the patient's healthcare to the named Proxy through MyChart and does not authorize the release of the patient's records or patient's health information to the designated proxy by other methods or in other formats.
2. It is understood that the records subject to this authorization include any and all records which pertain to the patient's diagnosis, treatment or care including, without limitation face sheet(s), history and physical examination(s), admission note(s), discharge summary(ies), radiology and laboratory testing, consultation report(s), progress notes, physicians' orders, medication/prescription records, operative and procedure notes, nursing notes, and similar records. It is further understood that the records subject to this authorization may include (if applicable) information relating to sexually transmitted diseases ("STDs"), acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS); behavioral and mental health services (including communications with psychiatrists and psychotherapy notes), records of treatment for alcohol and substance abuse, and results of genetic (DNA) testing.
3. It is understood that the use of MyChart is voluntary and that any refusal to sign this authorization will not affect the patient's eligibility for health care services or treatment in any way. It is also understood that the patient is not required to designate a MyChart proxy and that both the patient and the proxy may refuse to sign this authorization.
4. The proxy understands that by completing this form a MyChart account will be established for the proxy (if one does not currently exist) and that the patient's MyChart account will be accessed through the proxy's MyChart account.
5. It is understood that any disclosure of health information carries with it the potential for an unauthorized re-disclosure, and that any information which is re-disclosed by the proxy may not be protected by federal or state privacy laws. The proxy hereby agrees to release and hold Mount Sinai Medical Center harmless for complying in good faith with this authorization.
6. It is understood that this authorization shall remain in effect until the patient reaches age 18 or until revoked. It is further understood that the proxy has the right to revoke this authorization at any time, except to the extent that action has been taken by Mount Sinai Medical Center in reliance on it. Revocation of this authorization by either party will terminate the proxy's access to the patient's MyChart account.
7. The proxy may request revocation of this authorization at any time by sending an e-mail to HIMReleaseofInformation@msmc.com and including a phone number and contact information. It is understood that any such revocation will not be effective until received by the MyChart Support Staff at Mount Sinai Medical Center.
8. It is understood that the use of the MyChart service is subject to the Terms and Conditions and other restrictions which apply to the use of that service as published on the MyChart web site, as amended from time to time.

By signing below, I acknowledge that I have read and understand this MyChart Child Proxy Authorization Form, and I agree to its terms.

- I have read and understand the requirements and procedures for accessing the child's MyChart account online as provided in this document, thereby allowing me access to all features within the child's MyChart account including but not limited to sending/receiving medical messages, requesting prescription refills, managing appointments and reviewing test results.
- I understand that once the child reaches age 18, this authorization will expire and I will no longer have access to the child's MyChart account.
- I certify that I am the parent or legal guardian of the child listed on this form and that all information I have provided is correct.
- I hereby request access to the child's MyChart account.

Proxy Signature (Required) _____

Relationship to Patient _____

Date _____



72094

MYCHART®:
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN
DE APODERADO DE NIÑO

Se deben completar **TODAS** las secciones. Escribir en letra de molde clara

Información del padre/tutor:

Nombre del padre/tutor (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____ Iniciales: _____

Información del paciente:

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____

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

Dirección de e-mail: _____ Número de teléfono: _____

1. Este formulario designa a la persona mencionada anteriormente como apoderado de MyChart del paciente, lo que permite que Mount Sinai Medical Center divulgue información de salud relacionada con la atención médica del paciente al apoderado nombrado a través de MyChart y no autoriza la divulgación de los registros ni la información de salud del paciente al apoderado designado a través de otros métodos o en otros formatos.
2. Se entiende que los registros sujetos a esta autorización incluyen todos y cada uno de los registros relacionados con el diagnóstico, el tratamiento o la atención del paciente, incluidos, entre otros, hoja(s) inicial(es), antecedentes, exámenes físicos, notas de admisión, resúmenes de alta, pruebas de radiología y laboratorio, informes de consultas, comentarios de evolución, indicaciones de los médicos, registros de medicamentos/recetas, notas quirúrgicas y de procedimientos, notas de enfermería y registros similares. Se entiende además que los registros sujetos a esta autorización pueden incluir (si corresponde) información relacionada con enfermedades de transmisión sexual ("ETS"), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA); servicios de salud mental y conductual (incluidas las comunicaciones con psiquiatras y notas de psicoterapia), registros de tratamiento por abuso de alcohol y sustancias, y resultados de pruebas genéticas (ADN).
3. Se entiende que el uso de MyChart es voluntario y que cualquier negativa a firmar esta autorización no afectará en modo alguno la elegibilidad del paciente para recibir servicios o tratamientos de atención médica. También se entiende que el paciente no está obligado a designar un apoderado de MyChart y que tanto el paciente como el apoderado pueden negarse a firmar esta autorización.
4. El apoderado entiende que al completar este formulario se creará una cuenta en MyChart para el apoderado (si actualmente no hay ninguna) y que se accederá a la cuenta de MyChart del paciente a través de la cuenta de MyChart del apoderado.
5. Se entiende que cualquier divulgación de información de salud conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y que es posible que cualquier información que vuelva a divulgar el apoderado no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales. Por la presente, el apoderado acepta liberar y eximir de responsabilidad a Mount Sinai Medical Center por cumplir de buena fe esta autorización.
6. Se entiende que esta autorización permanecerá en vigencia hasta que el paciente alcance los 18 años de edad o hasta su revocación. Se entiende además que el apoderado tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que Mount Sinai Medical Center haya tomado medidas en virtud de la misma. La revocación de esta autorización por cualquiera de las partes cancelará el acceso del apoderado a la cuenta MyChart del paciente.
7. El apoderado puede solicitar la revocación de esta autorización en cualquier momento enviando un correo electrónico a HIMReleaseofInformation@msmc.com e incluyendo un número de teléfono e información de contacto. Se entiende que dicha revocación no será efectiva hasta que la reciba el personal de atención al cliente de MyChart en Mount Sinai Medical Center.
8. Se entiende que el uso del servicio MyChart está sujeto a los términos y condiciones y otras restricciones que se aplican al uso de ese servicio como se publica en el sitio web de MyChart, con sus modificaciones periódicas.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo este formulario de autorización de apoderado de niño de MyChart y acepto sus términos.

- He leído y entiendo los requisitos y procedimientos para acceder a la cuenta en línea de MyChart del niño según lo dispuesto en este documento, lo que me permite acceder a todas las funciones de la cuenta de MyChart del niño, incluidas, entre otras, enviar/recibir mensajes médicos, solicitar reposiciones de medicamentos, administrar citas y revisar resultados de pruebas.
- Entiendo que una vez que el niño cumpla 18 años, esta autorización caducará y ya no tendré acceso a la cuenta de MyChart del niño.
- Certifico que soy el padre o tutor legal del niño indicado en este formulario y que toda la información que he proporcionado es correcta.
- Por la presente solicito acceso a la cuenta de MyChart del niño.

Firma del apoderado (obligatoria)

Relación con el paciente

Fecha