

**MYCHART®:**  
**ADULT PROXY AUTHORIZATION FORM**

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

**Proxy's Information:**

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: \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_

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. Both parties understand 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 patient 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 revoked. It is further understood that both parties have 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. Either party 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.

\_\_\_\_\_  
Proxy Signature (Required)

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient

\_\_\_\_\_  
Date

I acknowledge that I have read and understand this MyChart Adult Proxy Authorization form. I agree to its terms and choose to designate the person named above as my MyChart Proxy, thereby allowing them access to all features within my MyChart account including but not limited to sending/receiving medical messages, requesting prescription refills, managing appointments and reviewing test results.

\_\_\_\_\_  
Patient Signature (Required)

\_\_\_\_\_  
Relationship to Proxy

\_\_\_\_\_  
Date



\*72093\*

**MYCHART®:**  
**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN**  
**DE APODERADO DE ADULTO**

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

**Información del apoderado:**

Nombre (apellido, 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: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_

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. Ambas partes entienden 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 paciente 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 su revocación. Se entiende además que ambas partes tienen 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. Cualquiera de las partes puede solicitar la revocación de esta autorización en cualquier momento enviando un correo electrónico a [HIMReleaseofInformation@msmc.com](mailto: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.

\_\_\_\_\_  
Firma del apoderado (obligatoria)

\_\_\_\_\_  
Relación o parentesco con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Reconozco que he leído y entiendo este formulario de autorización de apoderado de adulto de MyChart. Acepto sus términos y elijo designar a la persona mencionada anteriormente como mi apoderado de MyChart, permitiéndole así acceder a todas las funciones de mi cuenta de MyChart, incluidas, entre otras, enviar/recibir mensajes médicos, solicitar reposiciones de medicamentos, administrar citas y revisar resultados de pruebas.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (obligatoria)

\_\_\_\_\_  
Relación con el apoderado

\_\_\_\_\_  
Fecha