

## MYCHART®: ADULTOS PROXY FORMULARIO DE AUTORIZACION

Se requiere-por favor finalización de todas las secciones (escriba claramente)

---

### Información de Proxy:

Nombre (Apellido, nombre, inicial):

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Dirección de correo electrónico:

Número de teléfono:

**Iniciales:**

---

### Información del Paciente:

Nombre (Apellido, nombre, inicial):

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Dirección de correo electrónico:

Número de teléfono:

**Iniciales:**

---

1. Esta forma designa a la persona nombrada anteriormente como MyChart Proxy del paciente, lo que permite Mount Sinai Medical Center de revelar información sobre su salud en relación con la asistencia sanitaria del paciente para la llamada Proxy a través de MyChart y no autoriza la divulgación de los registros de información de salud del paciente para el proxy designado por otros métodos o en otros formatos.
2. Se entiende que los expedientes sujetos a esta autorización incluye cualquier y todos los registros que tengan relación con el diagnóstico, el tratamiento o la atención, incluyendo el paciente, sin hoja de limitación cara (s), la historia y la exploración física (s), la nota de admisión (s) , informe de alta (es), radiología y pruebas de laboratorio, informe (s) de consultas, notas de progreso, las órdenes de los médicos, los registros de medicación / prescripción, notas de operación y procedimientos, notas de enfermería y registros similares. Además, se entiende que los expedientes sujetos a esta autorización pueden incluir (si procede) información relativa a las enfermedades de transmisión sexual (ETS " ), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH / SIDA); servicios de comportamiento y de salud mental (incluyendo la comunicación con los psiquiatras y las notas de psicoterapia), registros de tratamiento para el abuso de alcohol y drogas, y los resultados de las pruebas genéticas (ADN).



72893

# MYCHART®: ADULTOS PROXY FORMULARIO DE AUTORIZACION

## Continuación

Se requiere-por favor finalización de todas las secciones (escriba claramente)

---

3. Se entiende que el uso de MyChart es voluntario y que la negativa a firmar esta autorización no afectará la elegibilidad del paciente para los servicios o tratamientos de cuidado de la salud de ninguna manera. También se entiende que el paciente no tiene la obligación de designar a un apoderado MyChart y que tanto el paciente como el proxy puede negarse a firmar esta autorización.
4. Ambas partes entienden que mediante el cumplimiento de este formulario una cuenta de MyChart se establecerá para el proxy (si uno no existe actualmente) y que se puede acceder a la cuenta de MyChart del paciente a través de la cuenta de MyChart del proxy.
5. Se entiende que la divulgación de información de salud lleva consigo la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada, y que cualquier información que sea re-revelada por el proxy no puede estar protegida por las leyes federales o estatales de privacidad. El paciente se compromete a liberar y mantener en Mount Sinai Medical Center inofensivo para cumplir de buena fe con esta autorización.
6. Se entiende que esta autorización se mantendrá en efecto hasta que sea revocada. Se entiende además que ambas partes tienen el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción ha sido tomada por Mount Sinai Medical Center en dependencia de ella. La revocación de la presente autorización por cualquiera de las partes dará por terminado el acceso del proxy para MyChart cuenta del paciente.
7. Cualquiera de las partes podrá solicitar la revocación de esta autorización en cualquier momento enviando un correo electrónico a MyChartSupport@msmc.com e incluyendo un número de teléfono e información de contacto. Se entiende que dicha revocación no será efectiva hasta que sea recibido por el personal auxiliar MyChart 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 este servicio según lo publicado en el sitio web MyChart, en su versión modificada de vez en cuando.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Firma Proxy (Obligatorio)                      Relación con el paciente                      Fecha**

Reconozco que he leído y entiendo esta forma de MyChart Adultos Proxy Autorización. Estoy de acuerdo con sus términos y elegir para designar a la persona antes mencionada como mi MyChart Proxy, permitiendo así el acceso a todas las funciones dentro de mi cuenta de MyChart incluyendo pero no limitado a, envío / recepción de mensajes médicos, solicitando reposición de recetas, gestión de citas y la revisión de los resultados de pruebas.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente (Obligatorio)                      Relación con el Proxy                      Fecha**