

MYCHART[®]: NIÑOS 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:

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).



72094

MYCHART®: NIÑOS PROXY FORMULARIO DE AUTORIZACION

Continued

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. El proxy es consciente que al completar este formulario una cuenta de MyChart será establecido por el proxy (si no existen en la actualidad) y que la cuenta del paciente MyChart se accede a través del proxy de la cuenta en MyChart.
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 el paciente llegue a la edad de 18 años o hasta que sea revocada. Asimismo, se entiende que el proxy tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que se han tomado medidas por Mount Sinai Medical Center en depender de ella. Revocación de la autorización terminará el acceso del proxy a la cuenta del paciente en MyChart.
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.

Al firmar abajo, he de reconocer que he leído y entendido este MyChart Niño Proxy Formulario de Autorización, y estoy de acuerdo con sus términos.

- He leído y entendido los requisitos y procedimientos para el acceso a la cuenta del niño en línea MyChart según se indica en el presente documento, lo que permite tener acceso a toda las funciones del niño cuenta MyChart incluyendo pero no limitado a enviar/recibir mensajes médicos, solicitando receta rellena, gestionar citas y revisar los resultados de la prueba.
- Entiendo que una vez que el niño cumpla la edad de 18 años, esta autorización caduca y yo ya no tendré acceso a la cuenta MyChart del niño.
- Certifico que soy el padre/madre o tutor legal de los niños enumerados en este formulario y que toda la información que he proporcionado es correcta.
- Solicito el acceso a la cuenta MyChart del niño.

Firma Proxy (Obligatorio)

Relación con el paciente

Fecha