

**Acceso al expediente de MyChart de otro adulto**

Para solicitar el acceso por poder (proxy) del expediente de MyChart de un adulto, le rogamos que llene este formulario. El paciente o su representante legal debe firmar el formulario y proporcionar autorización para divulgar información médica en MyChart en la "Autorización para divulgar información médica a un adulto con poder (proxy) (en inglés. Authorization for Release of Medical Information to Adult Proxy). Tenga en cuenta que accederá al expediente del paciente por medio de su propio expediente (el de la persona que obtiene el poder) de MyChart. Al llenar este formulario se establecerá un expediente de MyChart para usted y el paciente. Cuando envíe este formulario, proporcione una identificación emitida por el gobierno como verificación de su identidad.

Envíe los formularios a Baylor Scott & White Health, Health Information Management Department, 2401 S. 31<sup>st</sup> Street, Temple, TX 76508 o por fax a 254-724-0119. Envíe los formularios a Health Texas Provider Network (HTPN), 8111 LBJ Freeway, Ste. 300, Dallas, TX 75251 o por fax a 214-818-9781.

**Su información como persona con poder legal (Llene todas las secciones y escriba claramente).**

**Esta sección la debe llenar la persona que solicita acceso al expediente de MyChart de otro adulto.**

Nombre (apellido, nombre, inicial 2.º nombre): \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M/F  
 Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 País: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos de seguro social: \_\_\_\_\_  
 Número telefónico (domicilio/móvil/empleo – encierre en un círculo una opción): \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Paciente de Scott & White (encierre en un círculo una opción): sí/no

**Información del paciente (Llene todas las secciones y escriba claramente).**

**Llene esta sección con la información del paciente para el cual solicita acceso al expediente de MyChart.**

Nombre (apellido, nombre, inicial 2.º nombre): \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Número telefónico: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Condiciones y acuerdo de MyChart**

- Entiendo que MyChart ofrece un recurso protegido en Internet de información médica confidencial. Si le divulgo mi identificación y contraseña de MyChart a otra persona, dicha persona puede ver la información médica de la persona que me ha autorizado y otorgado el poder legal en MyChart.
- Acepto que tengo la responsabilidad de seleccionar una contraseña confidencial, mantener protegida mi contraseña y cambiar dicha contraseña si creo que se ha puesto en peligro de alguna manera.
- Entiendo que MyChart contiene información médica específica y limitada del expediente médico de un paciente y que MyChart no refleja el contenido completo del expediente médico.
- Entiendo que mis actividades en MyChart se pueden vigilar por medio de medidas de auditoría en informática y que el ingreso de información que efectúe puede formar parte del expediente médico del paciente.
- Entiendo que Scott & White Healthcare proporciona el acceso a MyChart como un medio práctico para sus pacientes y que Scott & White Healthcare tiene el derecho a desactivar el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier motivo. Entiendo que el uso de MyChart es voluntario y que no tengo que usarlo ni autorizar el acceso a MyChart por poder (proxy).
- Si cambia la relación legal entre la persona a quien se le ha otorgado el poder y el paciente, se le debe informar a Scott & White Healthcare sobre dicho cambio inmediatamente enviando un aviso por escrito a Scott & White Healthcare, Health Information Management Department, Mail Stop #01047, 2401 S. 31<sup>st</sup> Street, Temple, TX 76508 o por fax a 254-724-0119.
- Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo este Formulario de inscripción en MyChart y los Términos y las condiciones que se adjuntan. Certifico que soy la persona autorizada a quien el paciente ha otorgado un poder legal.

\_\_\_\_\_  
**Su firma como persona con poder legal** **Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre en letra de imprenta** **Relación con el paciente**

Confirmando que he leído y entiendo este Formulario de inscripción en MyChart. Acepto las condiciones del mismo y nombro a la persona señalada arriba como mi representante por poder para que tenga acceso a mi expediente médico de MyChart.

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente (o persona autorizada)** **Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre en letra de imprenta** **Relación con el paciente**

## Autorización para divulgar información médica a un adulto con poder (proxy)

**Este formulario es una autorización que le permitirá a Scott & White Healthcare divulgar su información médica al adulto con poder que usted nombre (proxy). Le pedimos que lo lea detenidamente.**

**Este formulario deberá llenarlo el paciente que autoriza que otro adulto acceda a su información médica en el expediente de MyChart. Debe acompañar el "Formulario para adulto con poder (proxy)" que contiene el nombre y la información de la persona a quien el paciente autoriza a acceder a su expediente de MyChart como persona nombrada con poder.**

Nombre del paciente (*apellido, nombre, inicial 2.º nombre*) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Solicito que \_\_\_\_\_ (*escriba el nombre de la persona con poder "proxy"*) obtenga acceso a la información médica que contenga mi expediente de MyChart. He nombrado a esta persona como la persona con poder (proxy) de MyChart. Autorizo a Scott & White Healthcare y MyChart a otorgar acceso por poder a la información médica que contenga mi expediente de MyChart a dicha persona con poder nombrado. Entiendo que la información médica en MyChart se obtiene de mi expediente médico electrónico y puede contener información de todas las instalaciones de Scott & White Healthcare. Autorizo la divulgación de cualquier información que se encuentre en mi expediente médico MyChart que mantiene Scott & White Healthcare a la persona con poder (proxy) designada.

Autorizo la divulgación de esta información solamente por medio de mi expediente MyChart. Este formulario autoriza la divulgación de mi expediente médico a la persona con poder que he nombrado por otros medios ni por otras formas.

Entiendo que una vez que se divulgue la información, la persona con poder podría volver a divulgarla, por lo que ya no contaría con las protecciones federales de privacidad.

La participación en MyChart y el nombrar a una persona con poder para el expediente MyChart se hace voluntariamente. Entiendo que no tengo que nombrar a una persona con poder para el expediente MyChart ni que tengo que otorgar esta autorización. Comprendo además que Scott & White Healthcare no condiciona mi tratamiento médico, los pagos ni otros servicios al hecho de que otorgue la presente autorización. Sin embargo, también entiendo que si no otorgo la autorización, Scott & White Healthcare no podrá proporcionar acceso a mi expediente de MyChart a la persona con poder que he nombrado.

La presente autorización vencerá cuando se revoque o en la fecha o el suceso especificado aquí \_\_\_\_\_ . Puedo también revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando una solicitud de revocación por escrito a Scott & White Healthcare. Entiendo que si revoco la presente autorización, terminará el acceso de la persona con poder que he nombrado para el expediente de MyChart. Comprendo además que mi revocación no afectará ninguna divulgación que se haya hecho antes de que se tramitara la solicitud de revocación.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o persona autorizada)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

**Si firma una persona que no sea el paciente, indique la autoridad de la misma para firmar por el paciente (p. ej., tutor legal) y adjunte la debida documentación.**

For Official Scott & White Use:

### Signature Verification

\_\_\_\_ Verified by ID (Driver's License, State ID, Military ID) \_\_\_\_ Form signed in person \_\_\_\_ Signature on File

Send to Health Information Management Department for final verification and granting of proxy access.