



Cheyenne Regional

MyChart Proxy Adult to Adult Request

Health Information Management
Cheyenne Regional Medical Center
2600 E 18th Street Cheyenne, WY 82001
Fax (307) 432-3108. Phone (307) 633-7925
Email: CheyenneRegionalHIM@crmcwy.org

Información del representante:

Nombre del representante _____
(apellido, nombre, inicial del segundo nombre en letra de molde)

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

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Número de teléfono: _____

Usted solicita acceso de representante:

Tenga en cuenta que, para todos los tipos de acceso de representante, se debe acceder al historial del paciente mediante su cuenta de *MyChart*. Si usted no tiene una cuenta de *MyChart*, escriba su número de seguro social: _____ / _____ / _____. Con esto se creará una cuenta de *MyChart* para usted como parte de esta solicitud de representante. Tendrá acceso a su cuenta y también acceso de representante, como se solicita abajo.

Adulto-Adulto (Acceso al expediente de MyChart de otro adulto)

El paciente debe firmar este formulario y dar autorización para la revelación de información médica en MyChart en el "Formulario de autorización para la revelación de información al representante adulto".

Información del paciente adulto: (Todos los campos son obligatorios para el acceso de representante adulto; escriba claramente en letra de molde).

Complete esta sección con información sobre el paciente adulto a cuyo expediente de *MyChart* solicita acceder.

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

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

Clínica: _____

Términos y acuerdo de MyChart

- Entiendo que *MyChart* está diseñado como una fuente segura en línea de información médica confidencial. Si comparto mi ID y contraseña de *MyChart* con otra persona, esa persona puede ver mi información médica o la de mi representante, y la información médica de alguien que me haya autorizado a mí como representante en *MyChart*.
- Acepto que es mi responsabilidad elegir una contraseña confidencial, mantenerla de forma segura y cambiarla si creo que la confidencialidad puede estar en peligro de alguna manera.
- Entiendo que es mi responsabilidad asegurarme de que mi dirección de email esté actualizada en todo momento, y si mi dirección de email no está actualizada, no recibiré mensajes importantes de *MyChart*.
- Entiendo que *MyChart* contiene información médica seleccionada y limitada del expediente médico de un paciente y *MyChart* no refleja el contenido completo de dicho expediente. También entiendo que el paciente o el representante pueden solicitar al Departamento de Información Médica (Health Information Department) una copia impresa, una copia en disco o una carga en *MyChart* de su expediente médico.
- Entiendo que mis actividades dentro de *MyChart* pueden rastrearse electrónicamente y que los registros que haga se pueden convertir en parte del expediente médico.
- Entiendo que el acceso a *MyChart* se da para comodidad de los pacientes y que el acceso a *MyChart* puede desactivarse en cualquier momento y por cualquier motivo.

Para registrarse en MyChart y todos los tipos de acceso de representante:

Firmando abajo, reconozco que leí y que entiendo este formulario de registro de *MyChart* y acepto sus términos.

Su firma / Relación con el paciente / Fecha (obligatoria)

Si se usa un tutor legal/poder notarial, una copia de la documentación debe acompañar esta solicitud.

Para acceso de representante adulto:

Reconozco que leí y que entiendo este formulario de registro de *MyChart*. Acepto sus términos y elijo designar a la persona nombrada arriba como mi representante en *MyChart*, permitiéndole así el acceso a mi expediente médico de *MyChart*.

Firma del paciente _____ / Fecha _____

