

MY CHART PROXY FORMS

MYCHART ДОСТУП к онлайн-медицинской карте другого человека

MYCHART ACCESS to Another Person's Online Medical Record

"MyChart" - это безопасный веб-ресурс (портал), где вы можете получить доступ к своим порциям медицинской карты. Возможно, вы захотите, чтобы другой человек прочитал вашу медицинскую карту в Интернете, чтобы помочь вам с лечением. «MyChart» может содержать конфиденциальную информацию, которую вы хотите сохранить в тайне. Это может включать в себя некоторую информацию о психическом здоровье, злоупотреблении психоактивными веществами, заболеваниях, передающихся половым путем, а также об эмоциональном, физическом и сексуальном насилии.

Вы должны сделать следующее, чтобы кто-то другой мог просмотреть вашу медицинскую карту в Интернете:

1. Выберите взрослого (18 лет или старше), который будет читать вашу запись. Вы не можете выбрать кого-то моложе 18 лет.
2. Не выбирайте поставщика медицинских услуг или персонал, предоставляющий вам медицинскую помощь в Департаменте общественного здравоохранения Сан-Франциско или другом медицинском учреждении.
3. Подпишите форму согласия лично. В форме указано, что вы разрешаете взрослому иметь доступ к вашей онлайн-медицинской карте MyChart.
4. Другое лицо должно согласиться с условиями использования MyChart.

Вы НЕ должны подвергаться давлению со стороны кого-либо другого, чтобы предоставить доступ к вашей медицинской информации в Интернете. Если Вы даете разрешение кому-либо на чтение Ваших записей в MyChart, Вы разрешаете передачу части Вашей медицинской карты этому лицу.

Вы можете отозвать доступ другого лица к информации о вашей медицинской карте MyChart. Вы должны подать ПИСЬМЕННЫЙ запрос на отзыв доступа другого лица. Отключение доступа другого человека может занять до 3 дней. Департамент общественного здравоохранения Сан-Франциско оставляет за собой право в любое время отозвать онлайн-доступ к медицинской информации.

Отправьте по почте или верните лично по адресу:

Zuckerberg San Francisco General Medical Records Department
1001 Potrero Avenue, 2nd floor Rm 2B4 San Francisco, CA 94110 Office open 8am-4pm M-F
Fax to: 628.206.7599 Email to: zsfgroi@sfdph.org



Patient Name/ MRN

MY CHART PROXY FORMS

АВТОРИЗАЦИЯ ДОСТУПА К MyChart пациента

AUTHORIZATION FOR ACCESS TO PATIENT's MyChart

Имя пациента: _____ Фамилия пациента: _____

Медицинская карта# (MRN): _____ Дата рождения: _____

1. Я прочитал и понял документ «Доступ к онлайн-медицинской карте другого человека в MyChart».
2. Я согласен(-на) разрешить лицу, указанному ниже, получить доступ к моей медицинской информации в разделе «MyChart». Сюда входит информация, доступная в настоящее время, и информация, которая может стать доступной в будущем.
3. Я понимаю, что могу отозвать этот доступ в любое время. Отключение доступа другого человека может занять до 3 дней.
4. Я признаю, что если я раскрываю свою медицинскую информацию кому-то, кто по закону не обязан сохранять ее конфиденциальность, она может быть повторно раскрыта и больше не будет защищена. Законодательство штата Калифорния требует, чтобы получатели воздерживались от повторного раскрытия такой информации, кроме как с моего письменного разрешения или в соответствии с законом.

Лицо, которому я разрешаю доступ к моей онлайн-записи в "MyChart":

(*Пункты, выделенные жирным шрифтом, должны быть заполнены)

*Имя: _____ SS#: _____
(При наличии, помогает сбросить аккаунт при необходимости)

*Фамилия: _____ *Номер телефона: _____

*Адрес: _____ ГОРОД _____ штат _____ ZIP _____

*Дата рождения (возраст не менее 18 лет): мм/дд/гг _____

*Адрес электронной почты: _____

*Отношение ко мне:

____ Супруг(а) / Партнер ____ Брат/сестра
 ____ Родитель/Законный опекун/Попечитель ____ Самостоятельная
 ____ Ребенок ____ Другое - пожалуйста, укажите: _____

*Подпись пациента/родителя/законного опекуна: _____ Дата: _____

*Подпись свидетеля: _____ Дата: _____

*Имя свидетеля: _____

Из соображений безопасности, пожалуйста, принесите заполненную форму в свою клинику или больницу.