

## 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: zsfgr0i@sfdph.or

## 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.