

MY CHART PROXY FORM

MYCHART ACCESS a la historia clínica en línea de otra persona

"MyChart" es un recurso seguro basado en la web (portal) donde puede acceder a las partes de su historia clínica. Es posible que desee permitir que otra persona lea su historia clínica en línea para que le ayude con su atención. Es posible que "MyChart" tenga información confidencial que desee mantener en privado. Esto puede incluir información sobre salud mental, abuso de sustancias, enfermedades de transmisión sexual y abuso emocional, físico y sexual.

Debe hacer lo siguiente para permitir que otra persona vea su historia clínica en línea:

1. Elija a un adulto (mayor de 18 años) para que lea su registro. No puede elegir a alguien menor de 18 años.
2. No elija un proveedor de atención médica o personal que le brinde atención en el Departamento de Salud Pública de San Francisco u otro entorno de salud.
3. Firme el formulario de consentimiento en persona. El formulario dice que usted está autorizando al adulto a tener acceso a su registro médico en línea de MyChart.
4. La otra persona debe estar de acuerdo con los términos y condiciones de uso de MyChart.

Usted NO debe ser presionado por otra persona para que dé acceso a su información médica en línea. Si usted da permiso para permitir que alguien lea sus registros en MyChart, usted está autorizando la divulgación de partes de su registro médico a esa persona.

Puede revocar el acceso de la otra persona a la información de su expediente médico de MyChart. Debe presentar una solicitud POR ESCRITO para revocar el acceso de la otra persona. Puede tardar hasta 3 días en desactivar el acceso de la otra persona. El Departamento de Salud Pública de San Francisco se reserva el derecho de revocar el acceso en línea a la información médica en cualquier momento.

Envíelo por correo o devuélvalo en persona a:

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 FORM

AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A MyChart del paciente

Nombre del paciente: _____ Apellido del paciente: _____

Expediente Médico# (MRN): _____

Fecha de nacimiento: _____

1. He leído y entiendo el documento "**Acceso a la historia clínica en línea de otra persona en MyChart**".
2. Acepto permitir que la persona a continuación acceda a mi información médica en "MyChart". Esto incluye la información que está disponible ahora y la información que puede estar disponible en el futuro.
3. Entiendo que puedo revocar este acceso en cualquier momento. Puede tardar hasta 3 días en desactivar el acceso de la otra persona.
4. Reconozco que, si estoy divulgando mi información de salud a alguien que no está legalmente obligado a mantenerla confidencial, puede volver a divulgarse y es posible que ya no esté protegida. La ley de California requiere que los destinatarios se abstengan de volver a divulgar dicha información, excepto con mi autorización por escrito o según lo exija específicamente la ley.

La persona a la que permito acceder a mi registro en línea en "MyChart":

(*Los elementos en negrita deben completarse)

*Nombre: _____

SS#: _____ - _____ - _____

(Si está disponible, ayuda a restablecer la cuenta si es necesario)

*Apellido: _____

*Número de teléfono: _____

*Dirección: _____ CIUDAD _____ Estado _____ Código Postal _____

*Fecha de nacimiento (debe tener 18 años o más): MM/DD/AA _____

*Dirección de correo electrónico: _____

*Relación conmigo:

____ Cónyuge / Pareja

____ Hermano/Hermana

____ Padre/Tutor Legal/Cuidador

____ Yo mismo

____ Niño

____ Otro, especifique: _____

*Firma del paciente/padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

*Firma del testigo: _____ Fecha: _____

*Nombre impreso del testigo: _____

Por razones de seguridad, traiga el formulario completo a su clínica u hospital.