

Name:	_____	_____	_____
	(Last Name)	(First Name)	(Middle Initial)
DOB:	_____	MRN#:	_____
HAR#/DAR#:	_____	CSN#:	_____

New Hanover Regional Medical Center

**NHNHRMC Y ORGANISMOS CUBIERTOS AFILIADOS
AUTORIZACIÓN MYCHART PARA ADULTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Esta autorización le permitirá al NHNHRMC y a sus organismos cubiertos afiliados divulgar su información médica a su representante adulto que haya designado. Lea con atención.

Este formulario debe llenarlo el paciente, quien autoriza a otro adulto a acceder a la información médica en su expediente MyChart. Asimismo, debe adjuntarse a la Solicitud de Representante Adulto, donde se suministra el nombre e información de la persona a quien el paciente autoriza a acceder a su expediente MyChart como representante.

Nombre del paciente (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): _____

N.º de Seguro Social (solo los últimos 5 dígitos): XXX-X _____ Fecha de nacimiento: _____

Solicito que _____ (escriba el nombre del representante) tenga acceso a mi expediente MyChart en el NHNHRMC y en sus organismos cubiertos afiliados. Esta persona es mi representante designado para MyChart. Autorizo la divulgación de la información médica contenida en mi expediente MyChart a mi representante MyChart. Entiendo que la información médica en MyChart se obtiene de mi expediente médico electrónico y que puede incluir información del NHNHRMC y de los organismos cubiertos afiliados. Autorizo que se divulgue a mi representante designado cualquier información incluida en mi expediente de MyChart que el NHNHRMC tenga. Esta puede incluir información delicada relacionada con el abuso de sustancias, uso de anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual y salud mental.

Autorizo la divulgación de esta información únicamente a través de mi expediente MyChart. Este formulario no autoriza la divulgación de mi expediente médico a mi representante designado por otros medios ni en otras formas.

Entiendo que una vez que se divulgue la información médica, el receptor puede volver a divulgar esa información y que es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las protecciones federales de privacidad.

La participación en MyChart y la designación de un representante MyChart son completamente voluntarias. Entiendo que no estoy obligado a designar un representante MyChart ni a suministrar esta información. Asimismo, entiendo que el NHNHRMC y sus organismos cubiertos afiliados no condicionan ninguno de mis tratamientos de atención médica, pagos ni otros servicios sobre los cuales suministro esta autorización. No obstante, también entiendo que si no entrego la autorización, el NHNHRMC y sus organismos cubiertos afiliados no pueden suministrar mi expediente MyChart a mi representante designado.

Esta autorización expirará dentro de un año a partir de la fecha de mi firma. Asimismo, puedo revocar esta autorización en cualquier momento, solicitándolo por escrito al NHNHRMC a la atención de: Health Information Management POB 2400 Wilmington, NC 28402. Entiendo que si revoco esta autorización, culminará el acceso de mi representante designado a mi expediente MyChart. Además, entiendo que mi revocación no afectará a ninguna de las divulgaciones que se hicieron antes de procesar la solicitud de revocación. También entiendo que debo entregar una nueva solicitud de representante cada año para renovar el acceso de mi representante.

Firma: _____ Fecha: _____
(Paciente o representante autorizado)

Nombre en letra imprenta: _____

Si otra persona firma en lugar del paciente, indique la autorización para firmar por el paciente (p. ej., tutor legal) y adjunte la documentación correspondiente.



Name: _____	_____	_____
(Last Name)	(First Name)	(Middle Initial)
DOB: _____	MRN#: _____	
HAR#/DAR#: _____	CSN#: _____	

New Hanover Regional Medical Center

**NHNHRMC Y ORGANISMOS CUBIERTOS AFILIADOS
AUTORIZACIÓN MYCHART PARA ADULTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Acceso a otro expediente MyChart de un adulto

Para solicitar acceso al expediente MyChart de un adulto a quien usted ayuda a manejar su atención médica, llene esta solicitud. El paciente debe firmar este formulario y entregar la autorización para divulgar la información médica en la Autorización del Representante Adulto MyChart para la Divulgación de Información Médica (NS-2140). Tenga en cuenta que obtendrá acceso al expediente del paciente a través de su expediente de MyChart (el del representante). Al llenar este formulario establecerá un expediente de MyChart para usted y para el paciente.

Devuelva todos los formularios a: NHNHRMC A la atención de: HIM Department PO Box 2400 Wilmington, NC 28402 o Fax (910) 667-5631

Información del solicitante: este formulario debe llenarlo la persona que solicita acceso al expediente MyChart de otro adulto. (Llene todas las secciones: escriba en letra de imprenta legible).

ADJUNTE LA COPIA DE UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA: (licencia de conducir, identificación expedida por el estado, identificación militar, pasaporte)

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): _____ Género: _____
 N.º de Seguro Social (solo los últimos 5 dígitos): XXX-X _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Información del paciente: llene esta sección con la información sobre el paciente para cuyo expediente MyChart usted solicita acceso. (Llene todas las secciones: escriba en letra de imprenta legible)

ADJUNTE LA COPIA DE UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA: (licencia de conducir, identificación expedida por el estado, identificación militar, pasaporte)

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): _____
 N.º de Seguro Social (solo los últimos 5 dígitos): XXX-X _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

- Entiendo que MyChart se diseñó como una fuente segura de información confidencial en línea. Si comparto mi identificación de MyChart y mi contraseña con otra persona, esta persona podría ver mi información médica o la de mi hijo, y la información médica de alguien que me autorizó como su representante para MyChart.
- Acepto que es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, conservar mi contraseña en secreto de manera segura y cambiar mi contraseña si creo que pudo ser comprometida de alguna manera.
- Entiendo que MyChart contiene información médica seleccionada y limitada del expediente médico de un paciente y que MyChart no refleja el contenido completo del expediente médico. También entiendo que puedo solicitar una copia del expediente médico del paciente al Departamento de Administración de Información Médica del NHNHRMC.
- Entiendo que mis actividades en MyChart se pueden rastrear por medio de una auditoría informática y que la información que yo ingrese puede convertirse en parte del expediente médico.
- Entiendo que el acceso a MyChart lo brinda el NHNHRMC para la conveniencia de sus pacientes, que el NHNHRMC y sus organismos cubiertos afiliados tienen derecho a desactivar el acceso a MyChart, y que el paciente puede anular mi acceso a la información médica de ese paciente en cualquier momento y por cualquier razón. Entiendo que el uso de MyChart es voluntario y que no estoy obligado a usar MyChart ni a autorizar a un representante para MyChart.
- Con mi firma a continuación, reconozco que leí y entiendo esta Solicitud de Representante para MyChart y que acepto sus términos. También entiendo que el uso de MyChart puede estar sujeto a otros términos y condiciones, que pueden cambiar con cierta frecuencia.

 Firma del representante (indispensable) Parentesco con el paciente Fecha

Reconozco que leí y entiendo esta Solicitud de Representante para MyChart. Acepto sus términos y elijo designar a la persona antes indicada como mi representante para MyChart; por lo tanto, permito que esa persona acceda a mi expediente médico MyChart.

 Firma del paciente o representante autorizado (indispensable) Parentesco con el paciente Fecha

THIS FORM IS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

