

Llene y devuelva este formulario por medio de uno de los siguientes métodos:

ENTRÉGUELO EN La clínica	ENTRÉGUELO EN Health Information Management Ground Floor, South Patient Tower 743 Spring Street Gainesville, GA 30501	FAX A MyChart Support Helpdesk 770-219-2667	ENVÍELO POR CORREO ELECTRÓNICO A MyChart Support Helpdesk MyChart.Support@NGHS.com
---------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

Acceso de representante – De un adulto a otro

- La obtención de acceso a una cuenta de MyChart que no sea su propia cuenta personal de MyChart se llama “acceso de representante”.
- Los pacientes adultos pueden dar “acceso de representante” a un cónyuge, pareja doméstica, hijo adulto o a un cuidador.
- Una vez que haya establecido un “representante” para un paciente adulto, dicho “representante” permanecerá establecido hasta que el paciente lo cancele.
- Cuando concede un “acceso de representante” a otra persona, le está dando acceso COMPLETO a su cuenta de MyChart, es decir, lista de medicamentos, resultados de pruebas de laboratorio, citas, etc.
- Para solicitar acceso a la cuenta de MyChart de otra persona, deberá llenar este formulario. Tenga en mente que accederá al expediente del paciente por medio de la cuenta de MyChart de usted. Al llenar este formulario se creará una cuenta de MyChart para usted (si no tiene una todavía) y el paciente adulto.
- Si tiene preguntas, por favor llame al personal de apoyo de MyChart en el departamento de manejo de información de salud (Health Information Management) al (770) 219-1963 o por correo electrónico en MyChart.Support@NGHS.com.

Términos y condiciones de MyChart:

- Entiendo que MyChart es un lugar seguro en línea para información médica confidencial. Si comparto mi identificación de MyChart y mi contraseña con otra persona, dicha persona podrá consultar mi información de salud y la información de salud sobre alguien que me haya autorizado como representante de MyChart.
- Acepto mantener seguras mi identificación (ID) y contraseña para inicio de sesión. Cambiaré mi contraseña si pienso que alguien más pudiera saberla.
- Entiendo que, al firmar este formulario, estoy solicitando a Northeast Georgia Health System (NGHS) que le conceda acceso de representante a la persona nombrada, y sé que le estoy dando acceso COMPLETO a mi cuenta de MyChart, es decir, lista de medicamentos, resultados de pruebas de laboratorio, citas, información de facturación, etc.
- Entiendo que, una vez que haya otorgado acceso de representante a mi cuenta de MyChart, dicho acceso de representante permanecerá establecido hasta que yo lo cancele. Puedo cancelar este acceso en cualquier momento al entregar una petición por escrito a NGHS en el consultorio de mi proveedor.
- Sé que existe la posibilidad de que toda información divulgada por medio de mi cuenta de MyChart se divulgue nuevamente por el representante y que la información divulgada puede ya no estar cubierta por las protecciones estatales o federales de privacidad.
- Sé que MyChart contiene información médica de mi expediente médico y que MyChart no incluye el contenido completo del expediente médico. También entiendo que puedo solicitar al departamento de manejo de información de salud (Health Information Management, HIM) una copia impresa de mi expediente médico al llenar un Formulario de consentimiento para la divulgación de información. Puedo obtener una copia del formulario en línea en www.NGHS.com o al presentarme en el departamento de HIM ubicado en la planta baja, South Patient Tower, 743 Spring St., Gainesville, GA para recoger el formulario.
- Sé que las actividades dentro de MyChart se pueden rastrear mediante auditorías de computadoras y que las anotaciones ingresadas por mí o por mi representante se pueden convertir en parte de mi expediente médico.
- Sé que NGHS proporciona acceso a MyChart como cortesía para sus pacientes y que NGHS tiene el derecho de suspender el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier motivo.
- Entiendo que esta autorización es voluntaria. Si no firmo o si cancelo esta autorización, NGHS de todos modos me proporcionará tratamiento y pedirá el pago de los servicios proporcionados. También entiendo que, si NO doy mi autorización, NGHS no está autorizado para proporcionarle acceso a mi cuenta de MyChart a mi representante designado.
- Entiendo que NGHS no es un proveedor de servicios de atención al paciente; en vez de ello, es una organización matriz de una familia de proveedores de atención filiales, que ofrece servicios de manejo de información de salud por medio de su departamento de manejo de información de salud.

Northeast Georgia Health System cumple con las leyes Federales aplicables de los derechos civiles y no discrimina con base en raza, color, nación de origen, edad, incapacidad o sexo. Para mayor información, visite www.nghs.com/nondiscrimination

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 770-219-1689 (TTY: 1-800-255-0135)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 770-219-1689 (TTY: 1-800-255-0135).

Por favor, llene la página 2 de este formulario.



Northeast Georgia Health System

Información del paciente: (Todas las secciones son obligatorias – escriba con claridad en letra imprenta)
Llene esta sección con información sobre el paciente a cuya cuenta de MyChart está solicitando acceso.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección de correo electrónico: _____
Últimos 4 dígitos del n.º de seg. soc.: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____ Clínica principal: _____

Se le puede solicitar que envíe documentación adicional.

Al proxy (representante) se le otorgará el siguiente acceso (marque solo una opción):

- Poder notarial de atención médica: si selecciona un poder notarial, adjunte una copia legible del documento legal junto con este formulario completo.
- Ver el expediente médico
- Enviar mensajes y programar citas
- Consultar el expediente, enviar mensajes y programar citas

Información del solicitante (representante): (Todas las secciones son obligatorias – escriba con claridad en letra imprenta)
La persona que solicita acceso a la cuenta de MyChart del paciente adulto deberá llenar esta sección, la cual trata sobre sí misma.

Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos del n.º de seg. soc.: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Dirección de correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____
Clínica principal: _____ Relación o parentesco con el paciente: _____

Si solicita acceso a la facturación, es usted la persona responsable de las facturas del paciente? (Tutor) Sí o No

Al firmar a continuación, declaro que he leído el contenido de este formulario de Autorización de Apoderado de MyChart y que acepto sus términos y condiciones.

▶ _____ / _____ / _____		
Firma del paciente (o de la persona autorizada) *	Relación con el paciente	Fecha
▶ _____ / _____ / _____		
Firma del representante	Relación con el paciente	Fecha

**Si firma una persona distinta al paciente, indique la autoridad para firmar en nombre del paciente y adjunte documentación.*

