

### Acceso del Proxy a Cuenta de Adulto de MyChart

Este formulario es una autorización para permitir a los Centros Médicos Comunitarios (CMC) y a los médicos afiliados para liberar mi información médica a un Proxy adulto designado. Al completar este formulario, autorizo a otro adulto ("Proxy") a acceder a mi cuenta MyChart.

Entiendo que el autorizar al Proxy para que tenga acceso a mi cuenta, éste podrá ver toda la información sobre mi salud disponible ahora y más adelante a través de MyChart. Esto puede incluir el dar a conocer el contenido relacionado con abuso de drogas y alcohol, salud mental, resultados de pruebas de VIH/SIDA e información de pruebas genéticas tal como se especifica en los Términos y Condiciones de MyChart.

### Marque la casilla a continuación para solicitar el Acceso del Proxy para un paciente adulto sin capacidad para tomar decisiones

- Paciente sin capacidad para tomar decisiones** – Por favor provea una copia de la tutela legal, una carta del proveedor que confirme que el paciente no tiene capacidad de decisión o documentos del registro médico, escritos por el proveedor, apoyando la inhabilidad del paciente para tomar decisiones.

### Información del paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_ Número Registro Médico (si lo conoce): \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social (últimos 4 dígitos): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### Autorizo al siguiente Proxy para que tenga acceso a mi cuenta de MyChart:

#### Información del Proxy

Para ver la información del Paciente, el Proxy también deberá contar con su propia cuenta de MyChart.

Nombre del Proxy: \_\_\_\_\_

Relación del Proxy con el Paciente: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección Correo Electrónico (requerido): \_\_\_\_\_

\*Número Seguro Social: \_\_\_\_\_

\* El número completo del Seguro Social será requerido si el Proxy no tiene en la actualidad una cuenta MyChart.

El número completo de Seguro Social identifica al Proxy individual.

\* Solo los últimos 4 dígitos del Número de Seguro Social serán requeridos si el Proxy tiene una cuenta MyChart.

### Reconocimientos Generales

Entiendo que:

1. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento directamente en MyChart.
2. Si revoco esta autorización, dicha revocación no tendrá ningún efecto sobre cualquier acción tomada antes de que el CMC reciba dicha revocatoria.

Health Information Management  
**Formulario Acceso Proxy Adulto a  
MyChart**



3. Esta autorización expirará automáticamente después de 10 años de firmada por el paciente, cuando el paciente expire, o antes si es revocada por el paciente como se declaró en la página previa.
4. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
5. La información revelada de conformidad con esta autorización podría ser re-divulgada por el receptor y ya no puede ser protegida por la ley federal de confidencialidad (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud). Sin embargo, la ley de California prohíbe a la persona que recibe mi información de salud hacer más divulgación de la misma a menos que otra autorización para tal divulgación se obtiene de mí o a menos que dicha divulgación se espec íficamente requerida o permitida por la ley.

**Autorización y Reconocimiento por parte del Paciente**

\_\_\_\_\_  
Fecha/Hora

\_\_\_\_\_  
Paciente/Firma Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Si es firmada por alguien diferente al paciente, indique la relación

**Reconocimiento del Proxy**

Al firmar, reconozco y acepto que:

- Usaré mi propia cuenta de MyChart para acceder a la cuenta del paciente de MyChart.
- Cumpliré con los términos y condiciones de MyChart, disponibles una vez que active mi cuenta MyChart.
- Mantendré mi contraseña confidencial y no compartiré esta información con nadie.

\_\_\_\_\_  
Fecha/Hora

\_\_\_\_\_  
Firma Proxy

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso

Envíe el formulario completo a:  
**Community Medical Centers, Attn: HIM Department (Proxy)**  
 Dirección postal: P.O. Box 1232, Fresno, CA 93715  
 Fax: (559) 459-2412

**For Official Use/Para uso oficial:**

CRMC

CCMC

FSHS

Physician Office – List Office \_\_\_\_\_

**(Proxy access will *not* be activated if 1-3 below are not completed)**

1. Proxy ID Verified:  Yes Date: \_\_\_\_\_

2. Printed name and phone # of person verifying Proxy ID:  
 \_\_\_\_\_

3. CMC Representative Only: Date Proxy Access activated \_\_\_\_\_ Initials \_\_\_\_\_

Health Information Management  
*Formulario Acceso Proxy Adulto a MyChart*

