FORMULARIO DE REPRESENTACIÓN PARA ADULTOS

Completa la siguiente información para autorizar a que otro adulto tenga acceso a su cuenta de MyChart en Duly Health and Care (Duly). **Tenga esto en cuenta**: se tendrá acceso a la información del paciente por medio de la propia cuenta de MyChart del representante designado, y tanto el representante designado como el paciente deben firmar abajo. Esta autorización vencerá en dos (2) años a partir de la fecha de la firma.

Por favor, envíe los formularios completados a mydmghealth@duly.com.

Información del paciente

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del 2.° nombre): _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Dirección física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información del representante

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del 2.° nombre): _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Dirección física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Términos y acuerdo de MyChart

- El acceso a MyChart y al nombramiento de un representante se da como una conveniencia por parte de Duly y es completamente voluntario; Duly no condiciona la atención médica, el tratamiento ni el pago a su uso.
- Si revelo mi nombre de usuario y mi contraseña a otra persona, esa persona podría ver mi información médica, así como la información de aquellos a los que tengo acceso como representante.
- Es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantener mi contraseña de manera segura y cambiarla si creo que mi acceso puede haber sido de alguna manera vulnerado.
- MyChart contiene información limitada y no refleja el contenido completo del expediente médico del paciente.
- Puede hacerse un seguimiento de las actividades dentro de MyChart y estas pueden convertirse en parte del expediente médico.
- Duly tiene el derecho de desactivar mi acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier motivo.
- Duly y sus grupos médicos: DuPage Medical Group y The South Bend Clinic proporcionan conjuntamente MyChart para mejorar mi coordinación y acceso a tu cuidado de la salud
- La información obtenida por medio de MyChart y nuevamente revelada por un representante designado posiblemente no esté cubierta por la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros de salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento al dar una solicitud por escrito, que dará por terminado el acceso al expediente de MyChart del paciente. Las revocaciones no afectarán las revelaciones hechas antes de procesar la solicitud.
- Este formulario no autoriza la revelación de información médica a un representante designado por otros métodos o en otras formas.

Con mi firma abajo, acepto que he leído y que comprendo las declaraciones arriba indicadas.

_____/_____/_____

Firma del representante designado | Relación con el paciente | Fecha

Comprendo y autorizo que la información médica confidencial (sensitive health information, SHI) relacionada con los asuntos mencionados abajo se puede revelar a mi representante designado: enfermedades de transmisión sexual (ETS), salud mental, embarazo, control de natalidad, abuso de sustancias, pruebas genéticas y abuso físico o sexual. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al dar una solicitud por escrito, que dará por terminado el acceso de mi representante al expediente de mi cuenta. Las revocaciones no afectarán las revelaciones hechas antes de procesar la solicitud. Con mi firma abajo, acepto que he leído y que comprendo los términos y el acuerdo de MyChart indicado arriba.

_____/_____/_____

Firma del paciente o del representante legal | Relación con el paciente | Fecha