SOLICITUD DE REVOCACIÓN DE LA REPRESENTACIÓN

Completa esta información para revocar la autorización de acceso del representante designado a su cuenta de MyChart en Duly Health and Care (Duly).

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

Información del paciente

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

Fecha de nacimiento:_____ Teléfono:_____

Dirección de email: _____

Dirección física: _____

Ciudad:_____ Estado:_____ Código postal:_____

Información del representante

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

Fecha de nacimiento:_____ Teléfono:_____

Dirección de email: _____

Dirección física: _____

Ciudad:_____ Estado:_____ Código postal:_____

Términos y condiciones de MyChart

- El acceso a MyChart y al nombramiento de un representante se la da Duly para su comodidad 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 y 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 de mi expediente medico del paciente.
- Puede hacerse un seguimiento de mis actividades dentro de MyChart y estas pueden ser 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 que obtiene por medio de MyChart y revela nuevamente un representante designado posiblemente no esté cubierta por la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).
- Puedo restablecer esta autorización en cualquier momento si entrego una solicitud por escrito.
- Las revocaciones no afectarán las revelaciones hechas antes de procesar la solicitud.

Con mi firma abajo, acepto que leí y que entiendo las declaraciones arriba indicadas.

_____/_____/_____

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