FORMULARIO DE REPRESENTACIÓN PARA ADOLESCENTE

Completa la siguiente información para tener acceso a la cuenta de MyChart de su hijo adolescente (de 12 a 17 años) en Duly Health and Care (Duly). Tenga en cuenta que se tendrá acceso a la información del paciente por medio de la propia cuenta de MyChart del representante designado, y tanto el representante como el paciente deben firmar abajo. El acceso a la representación para personas menores de 17 años de edad solo se concederá a los padres o tutores. **Tenga esto en cuenta**: se tendrá acceso a la información del paciente por medio de la cuenta personal del representante designado en MyChart y el acceso se da automáticamente por terminado cuando el paciente cumpla los 18 años de edad.

Envíe el formulario completado por fax al 630-324-2933, por correo electrónico a mydmghealth@duly.com o por correo postal a Duly Health and Care, HIM, 1100 W. 31st St., Downers Grove, IL 60515

Información del padre/madre/tutor

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

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Dirección física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información del adolescente

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

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 mi acceso a la cuenta de mi hijo. 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 padre/madre o del tutor | Relación con el paciente | Fecha

Comprendo y autorizo que la información médica confidencial (sensitive health information, SHI) relacionada con los siguientes asuntos se puede revelar a mi padre/madre/tutor: 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.

_____/_____

Firma del paciente/adolescente | Fecha

_____/_____/_____

Firma del testigo, distinto al padre/madre o tutor | Relación con el paciente | Fecha