

SOLICITAR ACCESO DE REPRESENTANTE A MYCHART REQUEST FOR MYCHART PROXY ACCESS

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código postal

N.º de expediente médico: _____

Fecha de nacimiento: _____ SEXO: _____

Términos y condiciones

Gracias por su interés en MyChart de UT Southwestern, nuestra herramienta segura de gestión médica en línea. Complete este formulario para solicitar acceso de representante a MyChart, que permite a una persona acceder a la información de otra cuenta de MyChart. El acceso de representante a MyChart también permite que el representante del paciente use este portal en línea para hacer citas, solicitar resurtidos de recetas, consultar la información de facturación y del seguro y comunicarse en privado con el médico del paciente. **Nota: Esta sección es obligatoria y debe completarse en su totalidad. Tanto el paciente como el representante designado deben tener números de expediente médico y cuentas de MyChart para que se conceda el acceso de representante.**

Para que se complete su solicitud, deberá dar la siguiente información:

Nombre del paciente (obligatorio): _____ Fecha de nacimiento del paciente (obligatorio): _____

Información del representante (persona autorizada a la que UT Southwestern puede revelar el expediente de MyChart)

Información del representante n.º 1

Nombre del representante n.º 1: _____

Fecha de nacimiento del representante n.º 1: _____

Relación del representante con el paciente: _____

Dirección de correo electrónico del representante n.º 1: _____

Información del representante N.º 2

Nombre del representante n.º 2: _____

Fecha de nacimiento del representante n.º 2: _____

Relación del representante con el paciente: _____

Dirección de correo electrónico del representante n.º 2: _____

Firmando esta solicitud de representante, entiendo que estoy dando mi permiso para que UT Southwestern revele mi información médica protegida (protected health information, PHI) mediante MyChart a mi representante. La información incluye, entre otros, resumen médico, lista de problemas actuales, medicamentos actuales, resultados de análisis e información de citas. Puede ver una lista completa de la información disponible mediante MyChart, en <http://mychart.utsouthwestern.edu>.

La información disponible para mi representante puede incluir información relacionada con: (1) síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), (2) tratamiento por abuso de drogas o alcohol, (3) enfermedades de transmisión sexual, o (4) atención de la salud mental, conductual o psiquiátrica.

Esta solicitud de acceso de representante a MyChart estará en vigor hasta que se inactive mi cuenta de MyChart, se revoque el acceso de representante o cuando el paciente menor cumpla 18 años. La inactivación de la solicitud de acceso de representante incluye los expedientes creados en la fecha de la firma de este formulario o antes de esa fecha, y los expedientes creados después de la fecha de la firma de este formulario. En circunstancias atenuantes (por ejemplo, emancipación o matrimonio), se puede solicitar la revocación antes de los 18 años.

Entiendo que puedo revocar el acceso de representante en cualquier momento enviando una declaración de revocación de acceso de representante a MyChart por escrito a:

UT Southwestern Medical Center
Health Information Management Department - Enterprise Master Patient Index (EMPI)
5323 Harry Hines Blvd., Dallas, Texas 75390-8864
Teléfono: 214-648-0478

Entiendo que dicha revocación no tendrá ningún efecto en la información que ya se reveló a mi representante.

Entiendo que el acceso de representante y la revocación del acceso de representante que se explican en este formulario están separados y aparte del proceso de autorización para revelar verbalmente información médica protegida a personas designadas en UT Southwestern. Si ejecuté una autorización para la revelación verbal de información médica protegida a personas designadas o presenté cualquier otro formulario de autorización de privacidad de la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), el proceso de revocación se hará de acuerdo con los términos presentados en los formularios de privacidad de la HIPAA.

La solicitud de acceso de representante es voluntaria y puedo negarme a firmar este formulario. Entiendo que no necesito firmar este formulario de autorización a cambio de recibir tratamiento de UT Southwestern.

Si ejecuto este formulario como parte responsable del paciente, declaro que todos los documentos que presenté para probar mi derecho a acceder a la información médica protegida del paciente son los documentos correctos, oficiales y más recientes relacionados con este asunto. Cuando mi autoridad legal para actuar en nombre del paciente quede inactiva, se cancele, termine o venza, debo informar de inmediato a UT Southwestern del cambio de autoridad.

Con mi firma abajo, afirmo que soy el paciente identificado arriba y doy acceso de representante a mi cuenta de MyChart a las personas mencionadas arriba. Afirmo que leí y acepto cumplir los términos y condiciones establecidos. Entiendo que puedo estar sujeto a penalizaciones legales por presentar información falsa o engañosa en relación con esta solicitud de acceso a este servicio de MyChart.

Nombre del paciente en letra de molde _____

Firma del paciente _____

Fecha _____

*Nombre del representante legal en letra de molde _____

Firma del representante legal _____

Fecha _____

Si es un representante, especifique la relación con el paciente.

Nota: Puede exigirse una prueba de autoridad legal para los representantes legales.

