

MyCHART ACCESS - Autorización de representación de pacientes adultos

Una autorización de apoderado significa que le otorga a otra persona acceso completo a sus registros como si fuera usted. Puede ser un padre, un cónyuge, un hijo adulto o alguien que le ayude a controlar su salud. Para procesar su solicitud, debe completar todas las secciones. Por favor imprime claramente.

Información del paciente:

Nombre del paciente: Apellido, _____ Primero, _____
Inicial del segundo nombre _____

Fecha de cumpleaños: ___/___/___ La edad _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____
Ciudad _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Información de proxy: cada solicitud de proxy requiere que se complete una autorización por separado:

Nombre del apoderado: Apellido, _____ Primero, _____
Inicial del segundo nombre _____

Fecha de cumpleaños: ___/___/___ Número de teléfono principal: _____

Dirección: _____
Ciudad _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Relación jurídica con el paciente: _____

Permito que Ridgeview divulgue mi información médica personal al representante mencionado anteriormente a través de una cuenta MyChart en línea. Entiendo que:

- Mi apoderado podrá acceder completamente a mi información médica personal que se mantiene en MyChart y esta autorización será válida por cinco años. Para renovar el acceso, deberá completar una nueva autorización.
- Si cambio de opinión y ya no quiero tener acceso a un proxy de MyChart, puedo informar a Ridgeview por escrito en cualquier momento. Este cambio entrará en vigencia a más tardar el siguiente día hábil después de la fecha en que Ridgeview reciba mi solicitud y no se aplicará a la información que ya se haya divulgado antes de esta fecha de vigencia.
- Ridgeview no puede ser responsable de la confidencialidad de la información proporcionada a mi apoderado y no puede evitar que mi apoderado divulgue la información a otra persona. En ese momento, la información ya no está protegida por las regulaciones de privacidad federales y estatales.
- Si no firmo este formulario, seguiré recibiendo tratamiento y el pago, la inscripción y la elegibilidad para los beneficios no se verán afectados.
- Para ser válido, este formulario debe estar completo, firmado y fechado. Una fotocopia, fax o imagen escaneada y transmitida electrónicamente es lo mismo que el original.
- Puedo recibir una copia firmada de este formulario si lo solicito.
- Para que el proxy obtenga acceso a su cuenta MyChart, el proxy debe activar la cuenta con el código proporcionado a ellos. El apoderado debe confirmar que ha leído y está de acuerdo con los Términos y Condiciones de MyChart. Estos Términos y Condiciones se aplican a cada uso.
- Designo mi cuenta MyChart como mi método de comunicación preferido.

Signature of Patient

_____/_____/_____
Today's Date

Signature of Proxy

_____/_____/_____
Today's Date

Return form to ROI in HIM Department:

E-mail: proxyform@ridgeviewmedical.org **OR** Fax: 952-442-6037

OR Mail: Attn: ROI, 500 S Maple St, Waconia, MN 55387

PATIENT LABEL