

**Formulario de representación para adolescentes y adultos**

**Acceso al historial de MyChart de un adolescente (de 12 a 17 años) o un adulto**

Complete este formulario para solicitar el acceso al historial de MyChart de un adolescente de 12 a 17 años o un adulto cuya atención médica usted ayuda a administrar. Se accederá al historial de MyChart del paciente a través de su historial de MyChart. Si no tiene acceso a MyChart, se le enviará una carta de activación a su dirección particular. Luego, tendrá que activar su cuenta para ver el historial de MyChart del adolescente o el adulto. **Cuando el adolescente cumpla 18 años, este formulario vencerá y el representante ya no tendrá acceso al historial de MyChart del niño.** En ese momento, se puede volver a completar este formulario para la representación de un adulto.

Envíe los formularios a **MyChart Services, PO Box 3014 Ames, IA 50010**, o por fax al **(515) 956-4189**.

**Información del representante** (se deben completar todas las secciones con letra de imprenta clara)

**Esta sección debe completarla la persona que solicita el acceso al historial de MyChart de un tercero.**

Nombre (apellido, nombre e inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos del nro. de Seguro Social \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

**Información del paciente** (se deben completar todas las secciones con letra de imprenta clara)

**Complete esta sección con la información sobre el paciente a cuyo historial de MyChart está solicitando acceder.**

Nombre (apellido, nombre e inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos del nro. de Seguro Social \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

**Por el presente, el paciente acepta lo siguiente:**

- Yo autorizo la divulgación de toda la información (incluida toda información médica protegida) de mi historial médico de MyChart en poder de McFarland Clinic, P.C. ("McFarland Clinic") y Mary Greeley Medical Center a la persona que se nombra arriba como mi representante de MyChart.
- Yo entiendo que mi información de MyChart se obtiene de mi historial médico electrónico y **puede incluir información sobre salud mental/depresión, abuso de sustancias (alcohol o drogas) y enfermedades infecciosas, entre ellas SIDA/VIH**, de todos los centros indicados en el Aviso de prácticas de privacidad de McFarland Clinic. **IMPORTANTE:**

**EL PACIENTE DEBE COLOCAR SUS INICIALES EN ESTA SECCIÓN:** \_\_\_\_\_

- Autorizo la divulgación de esta información **únicamente** a través de mi historial de MyChart. Este formulario no autoriza la divulgación de mi historial médico a mi representante designado por otros métodos ni en otras formas.
- Entiendo que, una vez que la información se haya divulgado, el representante podrá volver a divulgarla y la información divulgada puede no estar cubierta por las protecciones federales de privacidad.
- Entiendo que el acceso a MyChart es proporcionado por McFarland Clinic y Mary Greeley Medical Center para comodidad de sus pacientes y que McFarland Clinic o Mary Greeley Medical Center tienen derecho a desactivar el acceso a MyChart en cualquier momento por cualquier motivo. Entiendo que el uso de MyChart es voluntario y no tengo la obligación de usar MyChart ni de autorizar a un representante de MyChart.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento en línea de conformidad con las instrucciones que figuran en [www.mcfarlandclinic.com](http://www.mcfarlandclinic.com) o enviando una solicitud escrita de revocación a mi clínica de atención primaria. Entiendo que, si revoco esta autorización, finalizará el acceso de mi representante designado a mi historial de MyChart. También entiendo que mi revocación no afectará las divulgaciones que se hayan realizado antes de procesar la solicitud de revocación.
- Con mi firma a continuación, reconozco que he leído y entiendo este Formulario de representación para adolescentes y adultos de MyChart y acepto sus términos.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona autorizada (obligatorio)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante (obligatorio)

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



771154