



## Форма для представителя ребенка на сайте

### MyChart

PATIENT LABEL HERE

OR

Patient Name \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_

MRN \_\_\_\_\_

### Доступ к аккаунту вашего ребенка на сайте MyChart: (медицинские документы)

Чтобы зарегистрироваться для получения доступа к аккаунту вашего ребенка на сайте MyChart (Моя история болезни), пожалуйста, заполните и подпишите эту Форму для представителя ребенка и верните ее нам по указанному ниже адресу. Если вы являетесь пациентом The Everett Clinic, вам надо будет иметь действующий аккаунт на сайте MyChart, для того чтобы иметь доступ к аккаунту вашего ребенка на сайте MyChart. Если вы не являетесь пациентом The Everett Clinic, мы создадим вам аккаунт после обработки этой формы.

Верните все формы по адресу: The Everett Clinic      **или** пошлите факс: (425) 339-5439  
 Medical Records – Release of Information  
 3901 Hoyt Avenue  
 Everett, WA 98201

### Информация о родителе/опекуне: (Заполнение всех разделов обязательно – пожалуйста, пишите разборчиво печатными буквами)

Имя (фамилия, имя, инициал второго имени): \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Улица и номер дома: \_\_\_\_\_ город: \_\_\_\_\_ штат: \_\_\_\_\_ почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Адрес эл. почты: \_\_\_\_\_ Номер телефона: \_\_\_\_\_

Пожалуйста, обратите внимание на следующие возрастные ограничения для MyChart. Эти возрастные ограничения не влияют на ваше законное право иметь доступ к медицинским документам вашего ребенка другими способами. Если вы хотите получить копию медицинских документов вашего ребенка в печатном или электронном виде, обратитесь в Отдел медицинской информации (медицинских документов) в Everett Clinic.

- Если возраст ребенка **0-12 лет**: вам предоставят доступ к аккаунту вашего ребенка на сайте MyChart.
- По достижении ребенком **13 лет** вы будете иметь ограниченный доступ к аккаунту вашего ребенка на сайте MyChart (см. ниже).

### Для получения доступа для представителя требуется следующая информация: (Заполнение всех полей обязательно). Для каждого ребенка следует предоставить отдельную форму.

Если вам нужны дополнительные формы, попросите еще одну форму для представителя в Отделе медицинской информации (медицинских документов) или напечатайте ее с сайта по адресу: [www.everettclinic.com/MyChart](http://www.everettclinic.com/MyChart).

Имя (фамилия, имя, инициал второго имени): \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

### Условия и соглашение для пользования сайтом MyChart

- Я понимаю, что MyChart является защищенным сетевым порталом для просмотра конфиденциальной медицинской информации. Если я передам мое имя пользователя и пароль для доступа к MyChart другому человеку, этот человек, возможно, сможет просмотреть медицинскую информацию, касающуюся меня или моего ребенка, а также медицинскую информацию, касающуюся другого лица, которое уполномочило меня быть его (ее) представителем на сайте MyChart.

- Я соглашаюсь, что я обязан(а) выбрать конфиденциальный пароль, соблюдать конфиденциальность пароля и изменить пароль, если по моему мнению, его конфиденциальность была нарушена каким-либо образом. Я понимаю, что MyChart содержит специально отобранную, ограниченную медицинскую информацию из истории болезни пациента и что хранящаяся на сайте MyChart информация не отражает полностью содержание истории болезни. Я также понимаю, что в The Everett Clinic можно запросить копию истории болезни пациента.
- Эта форма дает разрешение только на доступ к информации на сайте MyChart, но не дает разрешения на выдачу медицинской информации другими способами или в другом формате.
- Я понимаю, что после того как информация была выдана, она может потенциально быть выдана повторно и что выданная информация может не подпадать под действие федерального законодательства о защите конфиденциальности.
- Я понимаю, что The Everett Clinic не ставит условием для предоставления какого-либо лечения, оплаты или других услуг подписание этого разрешения.
- Я понимаю, что пациенты в возрасте 13 лет и старше должны дать согласие на выдачу информации, касающейся лечения психических заболеваний и (или) наркомании, а пациенты в возрасте 14 лет и старше должны дать согласие на выдачу информации, касающейся применения противозачаточных средств и лечения заболеваний, передающихся половым путем.  
Я понимаю, что мои действия на сайте MyChart могут быть отслежены в процессе компьютерного аудита и что введенные мной данные могут стать частью истории болезни.
- Я понимаю, что The Everett Clinic предоставляет доступ к MyChart для удобства пациентов и что The Everett Clinic имеет право отменить доступ к MyChart в любое время и по любой причине. Я понимаю, что пользование сайтом MyChart является добровольным и что я не обязан(а) пользоваться сайтом MyChart или уполномочить другого человека быть моим представителем для пользования MyChart.  
Подписываясь ниже, я подтверждаю, что я прочитал(а) и понял(а) данную форму для регистрации на сайте MyChart и соглашаюсь на ее условия.
- Действие этого разрешения для представителя истечет через 90 дней, если в течение этого срока не будет активирован связанный с разрешением аккаунт на сайте MyChart.



\_\_\_\_\_  
Подпись родителя/опекуна

\_\_\_\_\_  
Отношение к пациенту

\_\_\_\_\_  
Дата (обязательна)

**Эта форма будет просканирована в историю болезни пациента**