

The Everett Clinic

For the whole you.

3901 Hoyt Avenue ■ Everett, WA 98201 ■ 425-259-0966

MYCHART

FORMULARIO PARA EL APODERADO DE UN ADULTO

PATIENT LABEL HERE

OR

Patient Name _____

Date of Birth _____

MRN _____

Acceso a MyChart de otro Adulto:

Para solicitar acceso a MyChart de un adulto cuya atención médica usted ayuda a manejar, por favor llene este formulario. El paciente tiene que firmar este formulario y proporcionar autorización para la revelación de información médica en MyChart en el "Formulario de Autorización para el Apoderado de un Adulto". Si el paciente no tiene la capacidad para firmar en su propio nombre, exigiremos documentación de la tutela o un poder notarial para las decisiones sobre la atención a la salud. Por favor tenga en cuenta que, si usted es paciente en The Everett Clinic, deberá tener una cuenta MyChart activa debido a que se accederá a la cuenta MyChart del paciente a través de su (del apoderado) MyChart. Si usted no es paciente en The Everett Clinic, abriremos una cuenta para usted una vez que se haya procesado este formulario.

Devuelva todos los formularios a:

The Everett Clinic
Medical Records – Release of Information
3901 Hoyt Avenue
Everett, WA 98201

o envíe por fax al: (425) 339-5439

Es obligatorio que se llenen **todas** las secciones – por favor escriba claramente en letra de imprenta

Esta sección debe ser llenada por la persona que está solicitando el acceso al Historial MyChart de otro adulto.

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____

Fecha de Nacimiento: _____

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

Dirección de correo electrónico: _____ Número Telefónico: _____

Información sobre el Paciente (Es obligatorio que se llenen **todas** las secciones – por favor escriba claramente en letra de imprenta)

Llene esta sección con la información acerca del paciente a cuyo Historial MyChart usted está solicitando acceder.

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____

Fecha de Nacimiento: _____

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

Dirección de correo electrónico: _____ Número Telefónico: _____

Términos y Acuerdo del Historial MyChart

- Entiendo que MyChart tiene el propósito de usarse como un portal seguro en línea para ver la información médica confidencial. Si comparto la identificación y contraseña de MyChart con otra persona, esa persona puede ver la información sobre la salud acerca de alguien que me haya autorizado como apoderado de MyChart.
- Estoy de acuerdo que es mi responsabilidad elegir una contraseña confidencial, guardar mi contraseña de una forma segura, y cambiar mi contraseña si considero que ésta podría haber sido comprometida de alguna manera.

