

# Formulario del paciente para dar el poder de acceso a sus registros en *MyChart*

Usted podría nombrar a una o más personas para actuar como su representante apoderado a acceder a su cuenta *MyChart*. El apoderado podrá ver sus registros médicos, reclamos de seguro de salud e información relacionada con sus citas para la atención de su salud. El apoderado también podrá programar sus citas y comunicarse con el personal de oficina en su nombre. Esta designación permanecerá en vigor hasta que usted la revoque por escrito.

## Sección para designar un delegado

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre) Mes / Día / Año

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Yo pido que la persona(s) nombrada(s) a continuación actúe(n) como mi(s) representante(s) y pueda(n) acceder a mi cuenta en el portal del paciente. (Si desea nombrar representantes adicionales, utilice el dorso de este formulario.)

Nombre del representante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, doy fe de que entiendo que el / los representante(s) nombrado(s) antes mencionado(s) podrán acceder a mi cuenta en el portal del paciente. Además, entiendo que esta designación permanecerá en vigor hasta que yo la revoque por escrito y Holy Cross Health haya recibido la revocación escrita.

(Si el paciente es menor de 18 años de edad): Yo entiendo que mi padre o mi madre, o mi tutor legal, continuará teniendo la autorización de programar citas para la atención de la salud por mí y podrá(n) acceder a toda la información a la que tiene(n) derecho legalmente.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Sección para revocar el poder del delegado nombrado

Por la presente, revoco esta designación de delegado. Entiendo que esta revocación estará en vigor en adelante y que no previene que esta persona utilice o divulgue la información a la cual pudo acceder durante el período de tiempo que el / ella sirvió como mi delegado.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Delegados adicionales

Yo pido que la(s) persona(s) nombrada(s) a continuación actúen como mi(s) delegado(s) y que pueda(n) acceder a mi cuenta en el portal del paciente. .

Nombre del representante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Yo pido que la(s) persona(s) nombrada(s) a continuación actúe(n) como mi(s) delegado(s) y que pueda(n) acceder a mi cuenta en el portal del paciente.

Nombre del representante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Yo pido que la(s) persona(s) nombrada(s) a continuación actúe(n) como mi(s) delegado(s) y que pueda(n) acceder a mi cuenta en el portal del paciente.

Nombre del representante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) Correo electrónico: \_\_\_\_\_