

### Autorización para otorgar acceso a la historia clínica de MyChart

Usted está solicitando acceso a la historia clínica de MyChart de un paciente adulto. A la persona que recibe acceso a la historia clínica de otro adulto se la denomina "cuidador" o "representante". Para convertirse en representante, tanto el representante como el paciente deben firmar este formulario. Además, el paciente debe firmar una autorización por separado para la divulgación de información médica al representante (llamada "Formulario de autorización para representante o cuidador de adulto").

Tenga en cuenta que usted (el representante) accederá a partes de la historia clínica del paciente a través de su registro de MyChart. Al completar este formulario, se creará un registro de MyChart para usted (si actualmente no tiene una cuenta de MyChart) y para el paciente.

Debe incluir dos formas de identificación,\* tanto para usted como para el paciente, una de ellas debe tener una fotografía y haber sido emitida por el gobierno, y la otra que compruebe su dirección actual.

Envíe los formularios completos al Departamento de Información de la Salud de HMH a:

Hackensack University Medical Center, Health Information Dept., 30 Prospect Ave, Hackensack, NJ 07601 O envíe un fax: 201-489-0591	Jersey Shore University Medical Center, Health Information Department., 1945 Route 33, Neptune, NJ 07753 O envíe un fax: 732 776-4692	Raritan Bay Medical Center, Health Information Department., 530 New Brunswick Avenue, Perth Amboy, NJ 08861 O envíe un fax: 732 324-4883
Bayshore Medical Center, Health Information Department, 727 North Beers St, Holmdel, NJ 07733 O envíe un fax: 732 888-7332	Ocean Medical Center, Health Information Department, 425 Jack Martin Blvd, Brick, NJ 08724 O envíe un fax: 732 840-9616	Palisades Medical Center, Health Information Management, 7600 River Road North Bergen, NJ 07047 O envíe un fax: 201-854-8360
Riverview Medical Center, Health Information Department., 1 Riverview Plaza, NJ 07701 O envíe un fax: 732 224-7210	Southern Ocean Medical Center, Health Information Department., 1140 Route 72, Manahawkin, NJ 08050 O envíe un fax: 609 978-8965	John F Kennedy Medical Center, Health Information Management, 80 James St., Edison, NJ 08820 O envíe un fax: 732-744-5639

### Persona que solicita acceso/representante (todas las secciones son obligatorias; escriba con letra de imprenta y con claridad)

Esta sección debe ser completada por la persona que solicita acceso al registro de MyChart de otro adulto.

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del hogar: \_\_\_\_\_  
 ¿Ha recibido algún servicio en un centro o con un proveedor de Hackensack Meridian Health?  Sí  NO

### Paciente (todas las secciones son obligatorias; escriba con letra de imprenta y con claridad)

Complete esta sección con información sobre el paciente adulto a cuyos registros de MyChart el representante solicita acceder.

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del hogar: \_\_\_\_\_

### Términos y Acuerdo de MyChart

- Entiendo que MyChart tiene como objetivo brindar acceso limitado a información médica confidencial. Si comparto o permito que mi ID y contraseña de MyChart se divulguen a otra persona, esa persona podrá ver mi información médica y la información sobre alguien que me haya autorizado como representante de MyChart y potencialmente transmitir esa información a un tercero.
- Acepto que es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantenerla segura y cambiarla si creo que puede haber sido vulnerada de alguna manera.
- Entiendo que MyChart contiene información médica limitada y seleccionada de la historia clínica de un paciente y que no refleja el contenido completo de la misma. También entiendo que se puede solicitar una copia impresa de la historia clínica de un paciente a los Departamentos de Información de la Salud de HMH en las ubicaciones mencionadas anteriormente (los números de teléfono se enumeran en el recuadro de la página 2).
- Entiendo que Hackensack Meridian Health brinda acceso a MyChart para la comodidad de sus pacientes y que Hackensack Meridian Health tiene el derecho de quitar el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier motivo. Entiendo que el uso de MyChart es voluntario y no estoy obligado a utilizar MyChart ni a autorizar un representante para acceder a MyChart.
- Entiendo que, si bien Hackensack Meridian Health hará todos los esfuerzos de seguridad razonables, ningún sistema puede proteger contra todos los riesgos de intrusión intencional o de divulgación involuntaria de la información de salud en MyChart. MyChart transmite información médica a través de Internet, un medio que se encuentra fuera del control de Hackensack Meridian Health y sus contratistas. POR LA PRESENTE, ASUMO EXPRESAMENTE EL ÚNICO RIESGO DE CUALQUIER DIVULGACIÓN NO AUTORIZADA O INTRUSIÓN INTENCIONAL, O DE CUALQUIER DEMORA, FALLA, INTERRUPCIÓN O CORRUPCIÓN DE DATOS U OTRA INFORMACIÓN TRANSMITIDA EN RELACIÓN AL USO DE ESTE SERVICIO.
- MyChart permite a los pacientes y representantes utilizar mensajería confidencial. Puede elegir enviar mensajes a un médico y así evitar que otros vean la correspondencia.
- No debe tomar ninguna decisión relacionada con su salud basándose únicamente en la información disponible en MyChart o en su historia clínica. Siempre debe consultar a su médico sobre asuntos relacionados con la salud.
- He leído, comprendo y acepto los términos y condiciones establecidos en esta página, así como los términos y condiciones que se incluyen en la página web utilizada para acceder a MyChart – www.HMHMyChart.org.

	<b>Firma del cuidador o representante (obligatoria)</b>	<b>Relación con el paciente</b>	<b>Fecha</b>
	<b>Firma del paciente (o persona autorizada) (obligatoria)</b>	<b>Relación con el representante</b>	<b>Fecha</b>

Este formulario es una autorización que le permitirá a Hackensack Meridian Health divulgar su información médica al representante adulto que usted ha designado. Léalo con atención.

**Este formulario debe ser completado por el paciente que autoriza a otro adulto a acceder a su información médica que se encuentra en el registro de MyChart del paciente. Debe entregarse junto con un Formulario de representante adulto debidamente completado, que contenga el nombre y la información de la persona a la que el paciente le autoriza el acceso a su registro de MyChart como representante. Si no tiene un Formulario de representante adulto, comuníquese con el Departamento de Información de la Salud de HMH:**

Hackensack University Medical Center al 551-996-2074	Jersey Shore University Medical Center al 732 776-4771
Bayshore Medical Center al 732 739-5985	Ocean Medical Center al 732 840-3331
Riverview Medical Center al 732 660-2510	Southern Ocean Medical Center al 609-978-3820
Raritan Bay Medical Center, Perth Amboy al 732 324-5391	Raritan Bay Medical Center, Old Bridge al 732 360-4237
Palisades Medical Center, al 201-854-5081	John F Kennedy Medical Center al 732-321-7177

Nombre del paciente (*apellido, nombre, inicial del segundo nombre*): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Solicito que \_\_\_\_\_ (ingrese el nombre del representante) tenga acceso a mi información de salud disponible en mi registro de MyChart de Hackensack Meridian Health. Esta persona es mi representante designado de MyChart. Autorizo a Hackensack Meridian Health y a sus contratistas a divulgar la información de salud de mi registro de MyChart a mi representante de MyChart. Entiendo que la información médica en MyChart se obtiene de mi historia clínica electrónica y puede incluir información de otras instalaciones. Autorizo la divulgación de toda la información contenida en mi registro de MyChart en poder de Hackensack Meridian Health a mi representante designado.

Autorizo la divulgación de esta información únicamente a través del registro de MyChart. Este formulario no autoriza la divulgación de mi historia clínica a mi representante designado de otras formas o en otras maneras.

Entiendo que una vez que se haya divulgado la información, es posible que el representante la comparta con un tercero y que dicha información no esté cubierta por las protecciones legales de privacidad.

**Información confidencial:** Comprendo que la información en mi historia clínica puede incluir información relativa a enfermedades transmitidas sexualmente, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), servicios de salud mental o del comportamiento o tratamientos para el abuso de alcohol o fármacos.

La participación en MyChart y la designación de un representante para MyChart son completamente voluntarias. Entiendo que no estoy obligado a designar un representante para MyChart ni a proporcionar esta autorización. También entiendo que Hackensack Meridian Health no condiciona ninguno de mis tratamientos de atención médica, pagos u otros servicios que proporcione esta autorización. Sin embargo, también entiendo que si no proporciono la autorización, Hackensack Meridian Health no está autorizado a dar acceso a mi registro de MyChart al representante que yo designo.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una solicitud de revocación por escrito al Departamento de Información de la Salud de HMH en Hackensack University Medical Center; Jersey Shore University Medical Center; Bayshore Medical Center; Ocean Medical Center; Riverview Medical Center; Southern Ocean Medical Center; Raritan Bay Medical Center, Perth Amboy; Raritan Bay Medical Center, Old Bridge; John F. Kennedy Medical Center; o Palisades Medical Center a través de mi cuenta de MyChart. Entiendo que si revoco esta autorización, finalizará el acceso de mi representante designado al registro de MyChart. También entiendo que mi revocación no afectará ninguna divulgación que se haya realizado antes de procesar la solicitud de revocación.

Fecha: \_\_\_\_\_

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

Nombre, en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Dirección personal: \_\_\_\_\_

Si firma otra persona que no sea el paciente, indique la autoridad para firmar en su nombre (por ejemplo, tutor) y adjunte la documentación:

**NOTA: Puede revocar el acceso del representante adulto que se especificó anteriormente en cualquier momento a través de MyChart o enviando una solicitud por escrito al Departamento de Información de la Salud de HMH que se indica en el cuadro anterior.**

**\*Ejemplos de ID:**

1. ID con fotografía emitido por el gobierno (por ejemplo, licencia de conducir, pasaporte, otra identificación de no conductor)
2. Comprobante de domicilio (por ejemplo, factura de servicios públicos u otra factura con su nombre y dirección, extracto bancario o de tarjeta de crédito con su nombre y dirección [de no más de 90 días de antigüedad], certificado de nacimiento, certificado de matrimonio o certificado civil, documentos judiciales de los padres o tutores, correspondencia del gobierno con su nombre y dirección, expediente académico con su nombre y dirección [de no más de dos años de antigüedad]).

Para uso de la oficina únicamente: Recibido por: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_