

Formulario MyChart para representante de un adulto discapacitado

Acceso al expediente MyChart de un adulto discapacitado

La constitución y los estatutos de Texas definen a una persona discapacitada como alguien que por una condición médica o física es considerablemente incapaz de cuidar de sí misma. MyChart es un sitio web al que los pacientes pueden acceder y que les permite interactuar con su equipo de atención médica de Baylor Medicine. Para solicitar el acceso al expediente MyChart de un paciente discapacitado el representante legal del paciente (por ejemplo, representante personal de patrimonio, etc.) debe completar y firmar este formulario. Recuerde que se accederá al expediente del adulto discapacitado por medio de la cuenta MyChart del representante legal/representante. Completando este formulario usted como representante legal creará una cuenta MyChart como representante y otra para el paciente adulto discapacitado, en caso de que todavía no tenga una cuenta MyChart.

Información del REPRESENTANTE (todas las secciones son obligatorias; **ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE**)

El **representante legal que pide acceso** a un expediente MyChart de un adulto debe completar esta sección.

Nombre del **representante** (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____

Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social (últimos cuatro dígitos) _____

Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____

Dirección de correo electrónico _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Información del PACIENTE (todas las secciones son obligatorias; **ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE**)

Nombre del **representante** (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____

Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____

Dirección de correo electrónico _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Yo, el **Representante**, entiendo que Baylor College of Medicine (BCM) da acceso a MyChart para comodidad de sus pacientes y que BCM tiene derecho a desactivar el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier motivo.

Yo, el **Representante**, entiendo que recibiré por separado la información de acceso (usuario y contraseña) para la cuenta MyChart del paciente y acepto no compartirla con nadie. Acepto que es mi responsabilidad elegir una contraseña confidencial, guardar la contraseña de manera segura y cambiar la contraseña si considero que podría haber sido comprometida de algún modo. Si comparto el usuario y la contraseña de MyChart con otra persona, esa persona podrá acceder a la información médica del paciente y eso significaría una infracción de las leyes federales y estatales. Como consecuencia, se revocaría mi acceso como representante del expediente MyChart del paciente y se podrían aplicar sanciones civiles contra mí.

Nombre del paciente _____

Entiendo que MyChart tiene el propósito de ser una fuente segura en línea de información médica Y de facturación confidencial. Entiendo que MyChart contiene información médica seleccionada y restringida y que no incluye el expediente médico completo.

Si mi relación como representante legal del paciente cambia, debo informar a BCM de inmediato enviando un aviso por escrito al proveedor de atención médica de BCM.

Entiendo que el acceso a la cuenta MyChart del paciente terminará con la muerte del paciente según las leyes federales y estatales.

Acepto que leí y entendí este formulario. Acepto los términos y elijo designarme como representante de la cuenta MyChart del paciente que se menciona arriba permitiendo el acceso a la cuenta MyChart del paciente.

- Yo, el **Representante**, fui atendido como paciente en Baylor St. Luke's Medical Center.
- Yo, el **Representante**, ya tengo una cuenta MyChart creada en Baylor Medicine.

_____ Fecha _____

Firma del representante legal del paciente

Relación con el paciente _____

Indique el documento válido que le confiere autoridad para firmar como representante legal del paciente. Si todavía no la ha presentado, debe escanear una copia del documento seleccionado para adjuntar al expediente del paciente:

- Licencia de conducir de _____ Certificado de nacimiento de _____
- Pasaporte de EE. UU. de _____ Visa y pasaporte extranjero de _____
- Orden judicial, con fecha _____
- Poder u otro documento legal que muestre la condición de representante legal

Una vez complete el formulario, **devuélvalo** a la recepción **junto con una copia de sus documentos vigentes**. De lo contrario, devuelva el formulario por:

Correo electrónico	smb_myhelp@bcm.edu
Fax	713-798-3477
Correo postal	Baylor College of Medicine c/o Release of Information Patient Resource Center Two Greenway Plaza Suite 900 Houston, TX 77046

Los formularios devueltos en persona o por correo electrónico tardan 3 días para procesarse. Las solicitudes presentadas por fax o por correo postal pueden tardar hasta 21 días en completarse. Si el representante aún no tiene una cuenta MyChart, se le enviarán instrucciones por correo electrónico a la dirección que nos dio