

Patient Authorization -
Proxy /Authorized Representative
MyChart Access
Page 1 of 1



Place Patient Label
Inside This Box

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE – Acceso por poder a mi Cuenta de MyChart de FirstHealth of the Carolinas

Autorizo y solicito que FirstHealth of the Carolinas otorgue a mi representante autorizado designado más abajo (“Representante Autorizado”) acceso a la información electrónica médica protegida, incluyendo información clínica y de facturación del garante, mantenida en mi registro del Portal del Paciente en línea de FirstHealth of the Carolinas accedido a través de MyChart (en adelante mencionado como “MyChart”).

Representante Autorizado (Escriba el nombre): _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Relación: _____ Correo electrónico: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Código postal: _____ Estado: _____ Teléfono preferido: _____ Celular Particular

La información electrónica médica protegida de mi registro en línea puede incluir pero no se limita a:

Admisiones al hospital	Resultados de análisis de diagnóstico	Medicamentos/Alergias
Diagnósticos/Procedimientos	Historia clínica	Mensajes seguros
Reportes del médico/Proveedor	Problemas actuales de salud	Facturación y seguro

Entiendo que:

- La información en MyChart podría incluir salud mental, abuso de sustancias o diagnóstico de enfermedades transmitidas sexualmente
- Puedo **revocar** esta autorización en cualquier momento si contacto a la Oficina de Privacidad del Paciente de FirstHealth of the Carolinas al 1 (866) 898-8891. Dicha revocación no afectará las divulgaciones hechas antes de la revocación.
- La información revelada según la autorización podría estar sujeta a la revelación de nuevo por mi Representante Autorizado y podría dejar de estar protegida por la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud (HIPAA por sus siglas en inglés).
- Esta autorización es voluntaria. Si no firmo o si revoco esta autorización, FirstHealth of the Carolinas todavía me brindará tratamiento y solicitará el pago de los servicios provistos.
- Esta autorización es válida a menos y hasta que yo revoque el acceso del Representante Autorizado.
- El acceso a mi información médica protegida de mi Representante Autorizado requiere que yo mantenga una cuenta activa en línea en el Portal del Paciente.

Vencimiento:

Entiendo que al otorgar el acceso a mi Representante Autorizado, se requiere que ellos estén de acuerdo con cumplir los Términos y Condiciones requeridos para el acceso en línea. En caso de que mi Representante Autorizado no acepte y cumpla los Términos y Condiciones, entiendo que FirstHealth podría negar el acceso a mi Representante Autorizado o revocar su acceso a MyChart.

Firmas:

(Firma del paciente) (Fecha/hora)

(Escriba el nombre completo del paciente) (Fecha de nacimiento)

Firma del testigo: _____ Fecha/hora: _____