

## SOLICITUD PARA REPRESENTANTE DE UN ADULTO – PACIENTES DE 16 AÑOS DE EDAD Y MAYORES

Una persona debe tener por lo menos 18 años de edad para solicitar acceso a la cuenta MyChart de un paciente adulto. El paciente debe firmar el presente formulario y proporcionar autorización para la divulgación de información médica en MyChart con el formulario de “Autorización para Representante de Un Adulto”. Por favor, tenga en cuenta que se debe acceder al expediente del paciente por medio de la cuenta establecida por el representante en MyChart.

Devuelva el presente formulario completo a la clínica del doctor de cabecera del paciente o al departamento de Gestión de Información Médica (Health Information Management) en Lexington Medical Center.

### Favor de leer la siguiente información cuidadosamente antes de firmar el formulario, “Autorización para Representante de un Adulto”.

La autorización permitirá a Lexington Medical Center y sus doctores y clínicas a divulgar partes de su información médica electrónica a la persona indicada en la página 2 de este formulario.

#### Clase de Información que será Divulgada

Yo entiendo que la presente autorización puede cubrir la divulgación de información relacionada con **resultados de los análisis diagnósticos y otra información confidencial sobre atención médica**. Yo entiendo que la presente autorización da permiso específicamente para la divulgación de dicha información a mi representante designado nombrado en este formulario.

#### Método de Divulgación:

Mi información médica será divulgada a mi representante designado a través de la cuenta MyChart del representante.

#### Divulgación Posterior

Yo entiendo que si autorizo la divulgación de información sobre atención médica a mi representante, surge un riesgo de divulgación posterior de dicha información por parte de mi representante y que puede que la información ya no sea protegida por la ley federal o estatal.

#### Caducidad

La presente autorización para la divulgación de información a mi representante debe renovarse cada tres años. La presente autorización puede ser rescindida más pronto al revocarla yo o cuando el hospital reciba notificación de mi fallecimiento o el fallecimiento de mi representante.

#### Anulación

Puedo cambiar de parecer y revocar esta autorización en cualquier momento salvo en el caso de que alguien haya previamente tomado acción en virtud de esta autorización. Puedo revocar mi autorización por escrito al entregar la solicitud a la clínica de mi médico de cabecera o al departamento de Gestión de Información Médica (Health Information Management) en Lexington Medical Center.

#### Presentación del Formulario de Autorización para Representante de un Adulto

Envíe el presente formulario a la clínica de su médico de cabecera o al departamento de Gestión de Información Médica (Health Information Management) en Lexington Medical Center ubicada en la 2720 Sunset Blvd, West Columbia, SC 29169.

## Autorización para Acceso

Yo solicito, o mi representante legal solicita, que la información médica relacionada con mi atención y tratamiento pasado, presente y futuro en Lexington Medical Center y clínicas médicas sea divulgada por medio de acceso a MyChart en línea a la persona nombrada a continuación.

### ► Información para Pacientes

NOMBRE \_\_\_\_\_  
APELLIDOS \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_ INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: (MM/DD/AA): \_\_\_\_\_ Los Últimos 5 dígitos del Número de Seguro Social del Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

### ► Información del Representante: La Persona Autorizada a Acceder a Mi Información a través de MyChart

NOMBRE \_\_\_\_\_  
APELLIDOS \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_ INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: (MM/DD/AA) \_\_\_\_\_ Los Últimos 5 dígitos del Número de Seguro Social del Representante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### ► Razón para la Divulgación de Información: Acceso a MyChart

### ► Información que será Divulgada: MyChart (Expediente Médico Electrónico)

**La información divulgada puede incluir:** embarazo, tratamiento para enfermedades de transmisión sexual, atención médica reproductiva, tratamiento para alcoholismo y drogadicción, pruebas genéticas o información de salud mental.

He recibido respuestas a mis preguntas sobre este formulario. Asimismo, al firmarlo me comprometo a cumplir con los términos y condiciones del uso de MyChart, los cuales se presentan en el sitio web de MyChart. **Yo entiendo que la inscripción en MyChart y la designación de un representante para MyChart es voluntaria. Yo entiendo que Lexington Medical Center y sus clínicas médicas no ponen mi participación en MyChart o la designación de un representante en MyChart como condición para mi tratamiento médico, el pago u otros servicios.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO (REQUERIDO)

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

\_\_\_\_\_  
PARENTESCO CON EL PACIENTE