

El acceso "Proxy" de MyChart permite a una persona acceder a los datos del registro médico de otra persona disponible en MyChart. Los pacientes pueden otorgar acceso a un familiar y / o amigo cuando necesiten ayuda para administrar sus citas y otras necesidades médicas. Los padres / representantes de pacientes pueden solicitar acceso a los registros médicos de sus hijos menores mediante este formulario. En cualquier relación de "Proxy", dos personas están involucradas. Uno de ellos es la persona con el registro médico que se está accediendo ("Paciente"). La otra es la persona que necesita acceder a el registro médico ("Proxy"). Los pacientes pueden designar múltiples "Proxy's", si es necesario. Solo los adultos mayores de 18 años pueden actuar como "Proxy's". Las acciones permitidas en el acceso limitado se definen en la sección "Autorización".

Tipo de Paciente	Quien puede actuar como "Proxy" del paciente?	Quien aprueba la solicitud de "Proxy"?	Revocación/Terminación de acceso "Proxy"
Edades Menores (0-9 años)	Un padre o tutor legal se puede designar él / ella misma para tener acceso de "Proxy" a la cuenta MyChart del paciente menor. El tutor legal del paciente que solicita acceso a la cuenta MyChart de un paciente menor debe proporcionar la documentación legal correspondiente. El representante del paciente tendrá acceso de "Proxy" completo cuando el paciente es menos de 10 años. Al cumplir los 10 años, el acceso de "Proxy" pasará a un acceso de "Proxy" limitado.	El padre o tutor legal del menor debe firmar este formulario, autorizando al individuo indicado para tener acceso a la cuenta del paciente.	El padre o tutor legal del paciente menor puede revocar el acceso de "Proxy" en cualquier momento. El acceso del padre o tutor legal a la cuenta MyChart del paciente terminará al cumplir los 18 años.
Edades Menores (10-17 años)	Debido a prácticas de confidencialidad específicas a pacientes entre 10 y 17 años de edad, existen ciertos tipos de información que el padre o tutor legal de un menor de edad no pueden ver en línea . A causa de estos requisitos, permitimos un nivel limitado de acceso de "Proxy" para pacientes 10-17 años de edad. Los pacientes de 10 a 17 años pueden tener su propia cuenta MyChart pero la información incluida es muy limitada.	El padre o tutor legal debe firmar este formulario, autorizando al individuo indicado para tener acceso a la cuenta del paciente.	El acceso del padre o del tutor legal a la cuenta completa de MyChart del paciente terminará al cumplir 18 años. El acceso de "Proxy" se puede revocar en cualquier tiempo.

Tipo de Paciente	Quien puede actuar como "Proxy" del paciente?	Quien aprueba la solicitud de "Proxy"?	Revocación/Terminación de acceso "Proxy"
<p>Pacientes Incapacitados (mayores de 10+ años)</p>	<p>Definición de incapacitado: incapacidad a través de una enfermedad mental o deterioro cognitivo significativo para llevar a cabo los asuntos cotidianos de la vida o para cuidar de su propia persona o propiedad con discreción razonable. El representante / "Proxy" del paciente tendrá acceso limitado si el paciente es menor de 18 años. Al cumplir 18 años, el acceso "Proxy" pasará a acceso completo. El acceso completo de "Proxy" está disponible para pacientes de 10 años o más que son considerados como severamente incapacitados. Se requiere carta firmada de un médico.</p>	<p>El representante del paciente debe firmar este formulario y enviar una prueba de representación médica autorizando al representante en este formulario para tener acceso a la cuenta del paciente.</p>	<p>El representante del paciente puede revocar acceso de "Proxy" en cualquier momento. Además, en el caso de que el representante del paciente ya no actúa en esa capacidad (p. ej., poder revocado), el representante del paciente acepta notificar a Salinas Valley Health prontamente del cambio. Tras dicha notificación, el acceso a la cuenta MyChart del paciente será cancelado. En el período intermedio, el representante del paciente acepta no acceder a la cuenta MyChart del paciente y entiende que hacerlo constituye acceso no autorizado del registro médico.</p>
<p>Adulto Competente</p>	<p>El paciente puede designar cualquier otro adulto para tener acceso de "Proxy" a la cuenta MyChart.</p>	<p>El Paciente debe tener su propia cuenta de MyChart y el Paciente puede autorizar el acceso de "Proxy" a través de su propia cuenta de MyChart. Acceso se puede conceder cuando el "Proxy" y el paciente firmen este formulario de acceso "Proxy".</p>	<p>El paciente puede revocar el acceso de "Proxy" a su propia voluntad a través de su cuenta MyChart.</p>

AUTORIZACIÓN

- El paciente (o el representante del paciente o el padre) autoriza la divulgación de información médica y de facturación sobre el paciente contenido en la cuenta MyChart, a la persona a la que se le otorgó acceso de "Proxy". El propósito de esta divulgación es permitir acceso de "Proxy" (identificado a continuación) para tener acceso continuo a la información médica y de facturación del paciente.
- El paciente (o el representante del paciente o el padre) comprende que la persona que recibe el acceso de "Proxy" no es un proveedor de atención médica o plan de salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad y que dicha persona podría divulgar la información a la que accede al dejarla desprotegida.
- El paciente (o el representante del paciente o el padre) entiende que puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, o mediante el uso de la opción "Revocar Acceso" proporcionada en MyChart o poniéndose en contacto con Salinas Valley Health.
- Esta autorización se expira cuando el paciente la revoque (o el representante del paciente o el padre) o cuando el paciente desactive su cuenta de MyChart o cancele el acceso de "Proxy" a su propia voluntad.
- El paciente (o el representante del paciente o el padre) comprende que no está obligado a firmar este formulario de autorización y que la firma de esta autorización no es una condición para la provisión de tratamiento o pago.
- El acceso limitado de "Proxy" autoriza programar citas, enviar mensajes a las clínicas y ver información de vacunas.
- **Padres de crianza temporal:** Salinas Valley Health no permite que los padres de crianza temporal tengan acceso de "Proxy" a la cuenta MyChart de su hijo de crianza temporal.
- Si se necesitan registros médicos adicionales, comuníquese con el departamento de registros médicos.

PARA SER COMPLETADO POR EL SOLICITANTE "PROXY" (PERSONA QUE SOLICITA ACCESO)

Nombre del Solicitante (Requerido):	Fecha de Nacimiento del Solicitante (requerido):
Dirección (Requerido):	Gènero del Solicitante (Requerido): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
Correo Electronico del Solicitante (Requerido):	Numero de Teléfono del Solicitante (Requerido):

El solicitante es un paciente de Salinas Valley Health Clinic, Taylor Farms Family Health & Wellness Center, Doctors on Duty, CSUMB Campus Health Center, Central Coast Nephrology o Santa Lucia Medical Group?

No Sí

He leído y entiendo los requisitos y procedimientos relacionados con el acceso de "Proxy". Toda la información que he proporcionado es correcta y verdadera. Entiendo que:

- Debo tener una cuenta MyChart para obtener acceso de "Proxy" a otra cuenta de MyChart
- Debo iniciar sesión en MyChart con mi propia identificación de usuario y contraseña cuando utilizo el acceso "Proxy"
- Acepto cumplir con los términos y condiciones de Salinas Valley Health MyChart
- Salinas Valley Health se reserva el derecho de revocar el acceso de "Proxy" a una cuenta MyChart en cualquier momento
- Debo proporcionar prueba válida de identidad con una imagen

Solicito acceso "Proxy" para el paciente identificado a continuación y certifico que (marque uno):

- Tengo derecho a la información médica del paciente porque soy del paciente (encierre en un círculo) Padre/Madre
- Soy el tutor legal / cuidador del paciente *
- Me han designado en el poder notarial para atención médica del paciente*
- Me han designado en una directiva anticipada*
- Soy el familiar más cercano disponible del menor o del incapacitado (se contactará a la Administración de Riesgos)
- Soy un miembro adulto de la familia o un amigo del paciente (adulto competente), y el paciente desea que yo tenga acceso de apoderado a su información médica en MyChart.

* Se le pedirá que presente documentación para verificar su relación con el paciente.

Firma del Solicitante:

Fecha:



**SALINAS VALLEY HEALTH
FORMULARIO DE ACCESO PROXY DE MYCHART**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre del Paciente (Requerido):	Fecha de Nacimiento del Paciente (Requerido):
Dirección (Requerido):	Gènero del Paciente (Requerido): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
<p>El firmante otorga acceso de "Proxy" para el registro médico MyChart del paciente a la persona que solicita al acceso.</p> <p><input type="checkbox"/> El paciente está incapacitado. Esta sección debe estar firmada por el representante legal del paciente.</p> <p><input type="checkbox"/> El paciente es un menor de 0 a 9 años. Esta sección debe estar firmada por el padre o tutor legal del paciente.</p> <p><input type="checkbox"/> El paciente es un menor de 10 a 17 años. Esta sección debe estar firmada por el padre o tutor legal del paciente.</p> <p><input type="checkbox"/> El paciente es un adulto competente. El paciente debe firmar esta sección.</p>	
Firma del Paciente, Padre o Representante del Paciente: _____	Fecha: _____
Relación al Paciente: _____	

Para activar el acceso de "Proxy", envíe este formulario completo y copias de los documentos válidos con imagen, junto con cualquier documentación de apoyo mediante uno de los siguientes métodos:

Por Correo: Salinas Valley Health
Attention: Epic Department – Proxy Access
450 East Romie Lane
Salinas, CA 93901

Por Correo Electrónico:
mychart@salinasvalleyhealth.com

Por Fax: 831-759-3078

En Persona: Se puede dejar en cualquier clínica médica de Salinas Valley Health Clinic, Taylor Farms Family Health & Wellness Center, Doctors on Duty, CSUMB Campus Health Center, Central Coast Nephrology o Santa Lucia Medical Group.

Una vez recibido, espere entre 1 y 2 días laborales para su procesamiento. Si se aprueba su solicitud, se le notificará por correo electrónico de su acceso de "Proxy" recién otorgado. Si tiene alguna pregunta sobre el estado de su formulario, comuníquese con el consultorio médico donde entregó su formulario o la línea de asistencia de MyChart al 831-771-3885

INTERNAL STAFF USE ONLY:

Date Received: _____	ID Verified? : <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Name of Staff Member who received form and verified ID: _____	

1. The Proxy Requestor must be present and provide a valid form of photo identification, such as a driver's license.
2. Make a copy of the photo identification card.
3. Scan the copy of the Proxy Requestor photo ID and pages 2 & 3 of the MyChart Proxy application form into the Patient's chart in Epic using the Document type (at the patient level) of "MyChart Proxy Consent."

Route the scanned documents to your clinic's Supervisor InBasket pool for processing.