

El receptor puede usar mi información de salud sólo para los siguientes fines:

Para acceder a la información y los servicios médicos en mí nombre a través de MyChart.

Esta autorización no permite a mi Representante Proxy (1) tomar decisiones de atención de salud en mi nombre ni (2) tener acceso a mi información de salud que no sea a través de MyChart.

Esta autorización será válida hasta que: (a) sea revocada por el paciente o representante Proxy electrónicamente o por escrito, o (b) tras cinco (5) años desde la fecha de la firma más abajo, lo que ocurra primero. Puedo negarme a firmar esta autorización y mi negativa no afectará mi capacidad de obtener tratamiento. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por vía electrónica o por escrito. Si es por escrito, la revocación debe ser firmada por él o en su nombre y debe ser enviada al departamento de Gestión de la Información de la Salud. La revocación es efectiva desde su recepción, pero no tendrá ningún impacto sobre los usos o divulgaciones hechas mientras que la autorización sea válida.

Restricción: La ley de California prohíbe que el Representante Proxy haga cualquier divulgación de su información de salud a menos que el beneficiario obtenga otra autorización de usted o menos que la divulgación sea requerida o permitida por la ley. Esta protección no puede extenderse a destinatarios de fuera del estado de California.

Fax a: (925) 947-3235 o por correo a: John Muir Health
Health Information Management
ATTN: MyChart Proxy
5003 Commercial Circle
Concord, CA 94520
(925) 941-2655

PARA USO DE JMH:

No. Arch Méd: _____

Identificación de Padre / Guardián verificada por: _____

Fecha: _____

PROXY-01 SP (10/17/13)



**FORMA DE ACCESO PROXY (ADULTOS + de 18)
(PROXY ACCESS FORM (ADULTS 18+))**

WHITE - CHART YELLOW - PATIENT

PATIENT LABEL

Print Name:

DOB:

MR#: