

The Everett Clinic

For the whole you.

3901 Hoyt Avenue ■ Everett, WA 98201 ■ 425-259-0966

ФОРМА ДЛЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА НА САЙТЕ MyChart

PATIENT LABEL HERE

OR

Patient Name _____

Date of Birth _____

MRN _____

Доступ к медицинским документам взрослого пациента на сайте MyChart (Моя история болезни):

Если вы хотите запросить доступ на сайте MyChart к медицинским документам взрослого человека, в медицинском обслуживании которого вы участвуете, пожалуйста, заполните эту форму. Пациент должен подписать эту форму и дать разрешение на выдачу медицинской информации, содержащейся на сайте MyChart, в "Форме разрешения на выдачу медицинской информации представителю взрослого пациента". Если пациент неспособен и не может подписать форму, нам потребуется документация по опекунству или долгосрочная доверенность на принятие решений о медицинском обслуживании. Пожалуйста, имейте в виду, что если вы являетесь пациентом The Everett Clinic, вам надо будет иметь действующий аккаунт на сайте MyChart, так как доступ к аккаунту пациента на сайте MyChart будет предоставляться через ваш (представителя) аккаунт на сайте MyChart. Если вы не являетесь пациентом The Everett Clinic, мы создадим вам аккаунт после обработки этой формы.

Верните все формы по адресу: The Everett Clinic
Medical Records – Release of Information
3901 Hoyt Avenue
Everett, WA 98201

или пошлите факс: (425) 339-5439

Заполнение **всех** разделов обязательно – пожалуйста, пишите разборчиво печатными буквами)

Этот раздел должен заполнить человек, запрашивающий доступ к медицинским документам другого взрослого человека на сайте MyChart.

Имя (фамилия, имя, инициал второго имени): _____

Дата рождения: _____

Улица и номер дома: _____ город: _____ штат: _____ почтовый индекс: _____

Адрес эл. почты: _____ Номер телефона: _____

Информация о пациенте (Заполнение **всех** разделов обязательно – пожалуйста, пишите разборчиво печатными буквами)

Внесите в этот раздел информацию о пациенте, доступ к медицинским документам которого, содержащимся на сайте MyChart, вы запрашиваете.

Имя (фамилия, имя, инициал второго имени): _____

Дата рождения: _____

Улица и номер дома: _____ город: _____ штат: _____ почтовый индекс: _____

Адрес эл. почты: _____ Номер телефона: _____

Условия и соглашение для получения доступа к медицинским документам на сайте MyChart

- Я понимаю, что MyChart является защищенным сетевым порталом для просмотра конфиденциальной медицинской информации. Если я передам мое имя пользователя и пароль для доступа к MyChart другому

человеку, этот человек, возможно, сможет просмотреть медицинскую информацию, касающуюся другого лица, которое уполномочило меня быть его (ее) представителем на сайте MyChart.

- Я соглашаюсь, что я обязан(а) выбрать конфиденциальный пароль, соблюдать конфиденциальность пароля и изменить пароль, если по моему мнению, его конфиденциальность была нарушена каким-либо образом.
- Я понимаю, что MyChart содержит специально отобранную, ограниченную медицинскую информацию из истории болезни пациента и что хранящаяся на сайте MyChart информация не отражает полностью содержание истории болезни. Я также понимаю, что пациент может запросить в клинике копию своей истории болезни.
- Я понимаю, что мои действия на сайте MyChart могут быть отслежены в процессе компьютерного аудита и что введенные мной данные могут стать частью истории болезни.
- Эта форма дает разрешение только на доступ к информации на сайте MyChart, но не дает разрешения на выдачу медицинской информации назначенному мной представителю другими способами или в другом формате.
- Я понимаю, что после того как информация была выдана, она может потенциально быть выдана повторно моим представителем и что выданная информация может не подпадать под действие федерального законодательства о защите конфиденциальности.
- Я понимаю, что я не обязан(а) назначить представителя для пользования сайтом MyChart и не обязан(а) дать это разрешение. Я также понимаю, что The Everett Clinic не ставит условием для предоставления мне какого-либо лечения, оплаты или других услуг предоставление мною этого разрешения. Я знаю, что если я не дам это разрешение, The Everett Clinic будет запрещено предоставить назначенному мной представителю доступ к моим медицинским документам на сайте MyChart.
- Я понимаю, что The Everett Clinic предоставляет доступ к MyChart для удобства пациентов и что The Everett Clinic имеет право отменить доступ к MyChart в любое время и по любой причине. Я понимаю, что пользование сайтом MyChart является добровольным и что я не обязан(а) пользоваться сайтом MyChart или уполномочить другого человека быть моим представителем для пользования MyChart.
- Подписываясь ниже, я подтверждаю, что я прочитал(а) и понял(а) данную форму для регистрации на сайте MyChart и соглашаюсь на ее условия.

➤ _____ / _____ / _____
Ваша (представителя) подпись (обязательна) Отношение к пациенту Дата

Я подтверждаю, что я прочитал(а) и понял(а) данную форму для регистрации на сайте MyChart. Я соглашаюсь на ее условия и назначаю указанного выше человека моим представителем для пользования MyChart, тем самым разрешая ему (ей) иметь доступ к моим медицинским документам на сайте MyChart.

Действие этого разрешения для представителя истечет через 90 дней, если в течение этого срока не будет активирован связанный с разрешением аккаунт на сайте MyChart.

➤ _____ / _____ / _____
Подпись пациента (или правомочного лица) (обязательна) Отношение к пациенту Дата