

Acceso a la cuenta MyChart® de otro adulto

Para que un adulto obtenga acceso a la cuenta MyChart® de otro adulto, los interesados deben leer estos términos y condiciones y luego completar la información que se pide al final del documento. Nota: para los fines relacionados con MyChart, un adulto es una persona de 16 años de edad o más.

- Un paciente adulto puede otorgar su consentimiento para permitir que otro adulto acceda a su cuenta MyChart®. El paciente puede cancelar acceso en cualquier momento desde MyChart® o enviando un correo electrónico a mychart@muschealth.com. MUSC se reserva el derecho a revocar el acceso en cualquier momento.
- El paciente entiende que permitir el acceso a un cuidador es voluntario y que esto conlleva la posibilidad de que el cuidador divulgue información privada sin autorización. El paciente entiende que puede negarse a otorgar acceso proxy a su cuenta MyChart®.
- La persona que solicita el acceso debe tener una cuenta MyChart®. Para acceder a la cuenta de un paciente, el cuidador debe iniciar sesión en MyChart® con su propio nombre de usuario y contraseña, después hacer clic en "Mi acceso proxy", y luego seleccionar el nombre del paciente. Los mensajes que se envíen en nombre del paciente deberán enviarse desde su cuenta y las respuestas se recibirán en la cuenta del paciente. De manera similar, las alertas por correo electrónico de MUSC se enviarán a la dirección de correo electrónico registrada en la cuenta del paciente.

Información del solicitante (la persona que solicita el acceso):

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección postal: _____

Relación con el paciente: _____ ¿Tiene usted una cuenta MyChart®? _____
(sí/no)

Proporcione la información de la cuenta MyChart® del paciente a la que solicita acceder:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
N.º de expediente médico _____ Profesional de atención primaria
(medical record number, MRN): _____ (primary care provider, PCP): _____

He leído y entendido los Términos y Condiciones descritos anteriormente y acepto dichos términos.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Haga una copia del formulario de solicitud firmado y uno para el paciente, luego envíelo por fax al (843) 876-5703 o escanee y envíe un correo electrónico a mychartsupport@musc.edu