



MYCHART PROXY ACCESS FORM: ADULT LEGAL GUARDIANSHIP

To sign up for MyChart access for an adult whom you are appointed as a legal guardianship/conservator, the legal guardian/adult proxy needs to complete this form. The legal guardian/adult proxy must also have his/her own MyChart account established for access.

After this form has been filled out, please return it to Confluence Health (the mailing address, email address and fax number are listed at the end of the form).

1) Legal Guardian/Adult Proxy information:

Name (last, first, middle initial) _____ Date of Birth _____

Address _____

City _____ State _____ Zip _____ Phone _____

Email _____ Primary Provider _____

2) Proxy Access Request: Must attach legal documentation that stipulates legal guardianship/ conservator of the adult patient by the adult proxy.

These limitations do not affect any legal right you have to access the patient's record by other means. To request a paper copy of the patient's record, please contact the Health Information Management Department.

By signing below, I acknowledge and agree that:

- I will be using my own MyChart account at the Organization to access this patient's MyChart account.
- I will keep my password confidential and not share this information with anyone.
- I must be the legal guardian/conservator for this patient.
- Communications on behalf of the patient through MyChart must be sent from the patient's record and responses will be received in the patient's record. MyChart e-mail alerts will be sent to the e-mail address entered under Legal Guardian ("Proxy") Information.

Adult Patient / Grantor Signature (Required) **Relationship to Proxy (Required)** **Date (Required)**

3) Please provide the following information on the adult patient:

NOTE: If more than one adult proxy access is required, please complete an additional form(s)

Name (last, first, middle initial) _____ Date of Birth _____

Address _____

City _____ State _____ Zip _____ Phone _____

Email _____ Primary Provider _____

Fax completed form to (509) 436-3047 or email to SM_MyChartProxyForms@confluencehealth.org or mail to:

Confluence Health
HIM
PO Box 361, Wenatchee, WA 98807

For Official Use:
I have received a copy of the required legal verification.
Date _____ Initials _____
Please send all Proxy requests to Health Information Management to be processed.



FORMULARIO DE ACCESO DEL APODERADO A MYCHART: TUTELA LEGAL DE ADULTOS

Para inscribirse en el acceso a MyChart para un adulto de quien se lo ha nombrado tutor legal/custodio, el tutor legal/apoderado del adulto debe rellenar este formulario. El tutor legal/apoderado del adulto también debe tener su propia cuenta MyChart establecida para el acceso.

Después de rellenar este formulario, devuélvalo a Confluence Health (la dirección postal, la dirección de correo electrónico y el número de fax están al final del formulario).

1) Información del tutor legal/apoderado del adulto:

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____

Correo electrónico _____ Proveedor principal _____

2) Solicitud de acceso del apoderado: Debe adjuntar la documentación legal que determine la tutela legal/custodia del paciente adulto por parte del apoderado adulto.

Estas limitaciones no afectan a ningún derecho legal que usted tenga de acceder al expediente del paciente por otros medios. Para pedir una copia en papel del expediente del paciente, póngase en contacto con el Departamento de Gestión de la Información Médica (Health Information Management Department).

Al firmar abajo, reconozco y acepto que:

- Utilizaré mi propia cuenta de MyChart en la Organización para acceder a la cuenta de MyChart de este paciente.
- Mantendré mi contraseña confidencial y no compartiré esta información con nadie.
- Debo ser el tutor legal/custodio de este paciente.
- Las comunicaciones en nombre del paciente a través de MyChart deben enviarse desde el expediente del paciente, y las respuestas se recibirán en el expediente del paciente. Las alertas por correo electrónico de MyChart se enviarán a la dirección de correo electrónico escrita en Información del tutor legal ("Apoderado").

Firma del paciente adulto/cedente (Obligatorio)

Relación con el apoderado (Obligatorio)

Fecha (Obligatorio)

3) Proporcione la siguiente información del paciente adulto:

NOTA: Si se necesita más de un acceso para apoderado de adulto, rellene formularios adicionales

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____

Correo electrónico _____ Proveedor principal _____

Envíe el formulario rellenado por fax al (509) 436-3047 o por correo electrónico a SM_MyChartProxyForms@confluencehealth.org o por correo postal a:

Confluence Health
HIM
PO Box 361, Wenatchee, WA 98807

For Official Use:
I have received a copy of the required legal verification.
Date _____ Initials _____
Please send all Proxy requests to Health Information Management to be processed.