



# MYCHART PROXY ACCESS FORM: POA/DPOA

To sign up for MyChart proxy access for another person whom you are designated as the Power of Attorney or Durable Power of Attorney, you need to complete this form. You must also have your 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 bottom of the form).

1) **POA/DPOA Information:** If the Proxy sees providers at the Organizations, the Proxy needs to also complete the Enrollment Form if not already completed.

Name (last, first, middle initial) \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Primary Provider \_\_\_\_\_

2) **Proxy Access Request: POA/DPOA:** Must attach a copy of the POA/DPOA document verifying the Proxy's status as legal representative.

To request access to the MyChart record please provide their information below.

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 representative 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 Representative ("Proxy") Information.

\_\_\_\_\_  
Proxy Signature (Required) Relationship to Patient (Required) Date (Required)

### Please provide the following information for your patient.

(NOTE: If you have more than one patient for whom you would like MyChart access, please complete additional forms.)

A. Name (last, first, middle initial) \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Last four digits of SSN \_\_\_\_\_ 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

|   |
|---|
| <p><b>For Official Use:</b><br/>I have received a copy of the required legal verification.<br/>Date _____ Initials _____<br/>Please send all Proxy requests to Health Information Management to be processed.</p> |
|---|



# FORMULARIO DE ACCESO DEL APODERADO A MYCHART: Poder/Poder duradero (POA/DPOA)

Para inscribirse en el acceso del apoderado a MyChart para otra persona de la que se lo nombró apoderado mediante un Poder o Poder duradero, debe rellenar este formulario. También debe tener su propia cuenta de 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 POA/DPOA:** Si el apoderado se atiende con proveedores en las Organizaciones, también debe rellenar el Formulario de inscripción si aún no lo ha hecho.

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: POA/DPOA:** Debe adjuntar una copia del documento POA/DPOA que verifique la condición del apoderado como representante legal.

Para pedir acceso al expediente de MyChart, proporcione sus datos abajo.

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 representante legal 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 representante legal ("Apoderado").

\_\_\_\_\_  
Firma del apoderado (Obligatorio)

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente (Obligatorio)

\_\_\_\_\_  
Fecha (Obligatorio)

### Proporcione la siguiente información sobre su paciente.

(NOTA: Si tiene más de un paciente para el que quiere tener acceso a MyChart, rellene formularios adicionales)

A. Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN) \_\_\_\_\_ 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

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