



MYCHART PROXY ACCESS FORM: POA/DPOA

To sign up for MyChart access to a patient's health information, please complete this form in its entirety. A MyChart account will be established for you, through which you will have proxy access to patient's MyChart records.

After this form has been filled out, please return it to Confluence Health (the mailing address and fax number are listed at the bottom of the form). An activation code will be mailed to you, which you must use to complete the registration process online at <https://mychart.confluencehealth.org/MyChart/>

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 Medical Records 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.
- I have completed the MyChart Authorization for Use or Disclosure of Electronic Protected Health 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) 665-3494 or mail to:

Confluence Health
Patient Services Department
PO Box 361, Wenatchee, WA 98807-0361

For Official Use:
I have received a copy of required legal verification.
Date _____ Initials _____
<i>Please send all Proxy requests to Medical Records to be processed.</i>



FORMULARIO DE ACCESO DE REPRESENTANTE A MYCHART: POA/DPOA (Poder Legal / Poder Legal Duradero)

Para inscribirse para obtener acceso a MyChart a la información de salud de un paciente, sírvase completar este formulario en su totalidad. Se configurará una cuenta MyChart para usted, a través de la cual tendrá acceso de representante a los registros MyChart del paciente.

Después de completar este formulario, entréguelo a Confluence Health (la dirección postal y el número de fax se indican al final del formulario). Se le enviará por correo un código de activación, que debe usar para completar el proceso de registro en línea en <https://mychart.confluencehealth.org/MyChart/>

1) Información sobre POA/DPOA: Si el Representante consulta proveedores en las Organizaciones, el Representante también debe completar el Formulario de Inscripción si aún no lo completó.

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre) _____ **Fecha de nacimiento** _____
Dirección _____
Ciudad _____ **Estado** _____ **Código postal** _____ **Teléfono** _____
Correo electrónico _____ **Proveedor primario** _____

2) Solicitud de Acceso de Representante: POA/DPOA: Debe adjuntar una copia del documento POA/DPOA que verifique el estado del Representante como representante legal.

Para solicitar acceso al registro MyChart, por favor, proporcione su información a continuación.

Estas limitaciones no afectan ninguno de los derechos legales que tenga de acceder al registro del paciente por otros medios. Para solicitar una copia impresa del registro del paciente, comuníquese con el Departamento de Registros Médicos.

Al firmar a continuación, reconozco y acepto que:

- Usaré mi propia cuenta MyChart en la Organización para acceder a la cuenta 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 registro del paciente y las respuestas se recibirán en el registro del paciente. Las alertas por correo electrónico de MyChart se enviarán a la dirección de correo electrónico ingresada en la sección de Información del Representante Legal ("Representante").
- He completado la Autorización de MyChart para el Uso o Divulgación de Información Electrónica de Salud Protegida.

Firma del representante (obligatoria) **Relación con el paciente (obligatoria)** **Fecha (obligatoria)**

Proporcione la siguiente información para su paciente.
(NOTA: Si tiene más de un paciente para quien desea acceso a MyChart, complete formularios adicionales.)

A. Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre) _____ **Fecha de nacimiento** _____
Últimos cuatro dígitos del SSN _____ **Proveedor principal** _____

Envíe el formulario completado por fax a **(509) 665-3494** o por correo a:

Confluence Health
Patient Services Department
PO Box 361, Wenatchee, WA 98807-0361

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