

Folha de Acesso ao Provedor de Cuidados ao MyChart

MyChart Caregiver Access Information Sheet-Portuguese

O Southcoast reconhece que um adulto (i.e. esposo/a, pai, criança adulta, amigo/a), conhecido por Provedor de Cuidados, pode ser dado acesso ao registo médico de um adulto paciente do Southcoast online via MyChart após recebimento da autorização do paciente.

Provedores de cuidados requerendo acesso ao registo médico do Paciente online do Southcoast via MyChart deverá aderir às seguintes condições:

- + O Formulário de Autorização para Acesso do Provedor de Cuidados ao MyChart deverá estar completa e assinada.
- + Os Provedores de Cuidado devem entrar no MyChart com o seu próprio nome de Usuário e Senha.
- + Provedores de Cuidados devem respeitar os termos e condições do site do MyChart.
- + As comunicações por parte do paciente devem ser enviadas da conta do paciente no MyChart e as respostas serão recebidas pela conta do paciente no MyChart.
- + MyChart não é para ser usado numa emergência.

O acesso do Provedor de Cuidados ao registo de um paciente é revogado quando o paciente ou um médico envia uma solicitação para o Southcoast para revogar o acesso do Provedor de Cuidados ou o paciente revoga o acesso do Provedor online via MyChart.

Se o Provedor de Cuidados já tiver uma conta de MyChart, o Provedor de Cuidados receberá uma mensagem do MyChart quando o acesso ao registo do paciente estiver disponível, tipicamente 5 a 7 dias úteis após a autorização completa ter sido recebida. Se o Provedor de Cuidados não tiver uma conta do MyChart, o Provedor de Cuidados receberá uma carta de ativação com instruções sobre como criar uma. O Provedor de Cuidados deve prontamente ativar a conta.

Esta autorização é voluntária, e continuará, a não ser que terminada pelo paciente, o responsável pelo paciente, um médico, ou o Southcoast. Se o Provedor de Cuidados decidir cancelar este acordo numa data mais tarde, o Provedor de Cuidados, deverá enviar uma notificação por escrito para Southcoast Health, Health Information Management Dept., 200 Mill Road, Suite 210, Fairhaven, MA 02719.

Folha de Acesso do Provedor de Cuidados do MyChart

MyChart Caregiver Access Application-Portuguese

MRN: _____

Acesso do Provedor de Cuidado ao Registo Eletrónico de Saúde Médica do Southcoast

Por favor IMPRIMA (exceto a assinatura) e providencie informação completa em cada Secção.

Nome completo legal do paciente _____ **Data de Nascimento** _____ **Sexo** _____

Endereço _____ **Cidade** _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

Telefone _____

Estou autorizando a pessoa nomeada abaixo a ver eletronicamente o meu registo médico do Southcoast via MyChart.

Nome completo legal do Provedor de Cuidados _____ **Data de Nascimento** _____ **Telefone** _____ **Relação ao PAciente** _____

Endereço _____ **Cidade** _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

Correio eletrónico (opcional): _____

Conforme o paciente assinando abaixo, reconheço que li, compreendo e concordo com os termos da Folha de Informação de Acesso do Provedor de Cuidados do MyChart, assim como qualquer requerimento adicional e procedimentos para acessar a minha informação médica online. Aqui reconheço que estou autorizando o meu Provedor de Cuidados aqui nomeado a ver o meu registo médico eletronicamente online via MyChart.

Se este consentimento for cancelado, compreendo que a informação previamente vista pelo meu Provedor de Cuidados não constitui uma violação de confidencialidade. Reconheço que: 1) recipientes desta informação poderão relançar a informação sem a autorização apropriada, e 2) logo que a informação seja publicada não poderá mais ser protegida pelos regulamentos federais de privacidade.

Compreendo que o meu registo médico do Southcoast poderá incluir informação sobre tratamento que possa ter recebido para condições medicamente sensíveis, incluindo mas não limitado a substâncias de abuso, saúde mental, testes genéticos, ou condições relacionadas com SIDA. Compreendo que não é tecnicamente possível nesta altura dar acesso ao MyChart que não incluiria esta informação.

Assinatura do Paciente* _____ **Data** _____

**Se não assinado pelo paciente, documentação legal será necessária.*

Assinatura do Provedor de Cuidados _____ **Data** _____

O Southcoast reserva o direito a revocar o acesso online a informação médica a qualquer altura. O Southcoast não requiere conclusão deste formulário como condição de avaliação ou tratamento.

Enviar o formulário completo por correio para: Southcoast Health, Health Information Management Department
200 Mill Road, Suite 210, Fairhaven, MA 02719

Enviar o formulário preenchido por correio eletrónico para: SC-HIM-MyChart@Southcoast.org

Enviar o formulário completo por fax para: 508-973-3690

Perguntas: 508-973-3700