

Folha de Informação de Acesso de Capacidade Reduzida do MyChart

MyChart Reduced Capacity Access Information Sheet-Portuguese

O Southcoast reconhece que o paciente do Southcoast poderá dar acesso ao esposo/a, familiar, amigo/a chegado, ou outra terceira parte aos seus registos médicos sob certas circunstâncias onde o paciente possa ter capacidade reduzida para fazer ou rever decisões de cuidados médicos. No caso em que essa terceira parte é o responsável legal do paciente, de acordo com uma ordem do tribunal de família, ou tem um poder duradouro de advogado para os cuidados de saúde sobre o paciente, ou é o Procurador de Cuidados de Saúde do paciente em Massachusetts, tal terceira parte pode obter acesso aos registos médicos do paciente online providenciando documentação de tais privilégios, se aplicável e submissão desta aplicação.

Aplicantes procurando acesso ao registo médico online do paciente do Southcoast via MyChart submetendo um **Formulário de Autorização para Capacidade Reduzida do MyChart** devem aderir às seguintes condições:

- + O Formulário de Autorização para Capacidade Reduzida do MyChart deve estar completa e assinada.
- + Documentação de Procuração apropriada, Ordem de Apontamento de Responsável Legal, ou Procuração de Cuidados de Saúde deve ser providenciada.
- + No caso dos privilégios da Procuração, Apontamento do Responsável Legal, ou Procuração de Cuidados de Saúde seemr revogados ou limitados, o Aplicante é responsável por reportar esta informação imediatamente ao Southcoast.
- + Os aplicantes devem entrar **no** MyChart com a sua própria identidade de usuário e Senha.
- + Os aplicantes devem concordar em obedecer aos termos e condições do site do MyChart.
- + Comunicações por parte do paciente devem ser enviadas pelo registo do paciente via MyChart e respostas serão recebidas no registo do paciente no MyChart.
- + O acesso ao registo do paciente do MyChart será revocado quando os direitos do meu responsável legal, procuração ou procuração dos cuidados de saúde expirarem.
- + MyChart não é para ser usado numa emergência.

O Acesso de Capacidade Reduzida ao registo de um paciente é revogado quando o paciente ou um médico envia uma solicitação para o Southcoast para revogar o acesso revogar o acesso online via MyChart.

Se o Aplicante já tiver uma conta de MyChart, o Aplicante 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 Aplicante não tiver uma conta do MyChart, o Aplicante receberá uma carta de ativação com instruções sobre como criar uma. O Aplicante deve prontamente ativar a conta **Seção**.

Aplicação de Acesso de Capacidade Reduzida do MyChart

MyChart Reduced Capacity Access Application-Portuguese

MRN: _____

Acesso ao Registo de Saúde Médico Eletrónico do Southcoast

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

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

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

Telefone _____

Ao assinar este formulário, atesto que o paciente nomeado acima está presentemente mentalmente incapacitado, e sou designado pelo tribunal ou pelo paciente como o representante legal do paciente ou outro representante durante este período de incapacidade. Estou requerendo acesso eletrónico ao registo médico do paciente do Southcoast via MyChart. Uma cópia da Ordem de Apontamento do Responsável Legal, formulário da Procuração de Cuidados de Saúde, ou Procuração Doável de Advogado para Cuidado de Saúde está incluída. Compreendo que, sem um destes documentos incluídos, o meu acesso será negado. Ainda mais reconheço que li, compreendo e concordo com a Folha de Informação de Acesso de Capacidade Reduzida do MyChart, assim como qualquer outro requerimento adicional e procedimento para acessar a informação médica online do paciente do Southcoast via MyChart.

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

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

Telefone _____ **Correio eletrónico (opcional):** _____

A aceitação deste formulário concede acesso online por três anos, a menos que seja terminado anteriormente pelo paciente. Se este consentimento for cancelado, eu entendo que o meu dever de proteger a confidencialidade das informações obtidas sob este contrato não termine.

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 Requerente

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
Release of Information/MyChart, 200 Mill Road, Suite 210, Fairhaven, MA 02719

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

Perguntas: 508-973-3700

Internal use only:

Verified and access entered by _____ Date _____