

Celem tego formularza jest prośba wystosowana do Northwestern Memorial HealthCare i jej podmiotów powiązanych („NM”) o udzielenie mojemu rodzicowi lub opiekunowi („pełnomocnikowi”) dostępu do moich chronionych informacji zdrowotnych („informacje zdrowotne”) za pośrednictwem portalu MyNM.

Mój pełnomocnik może:

- przeglądać w portalu NM informacje zdrowotne o mnie, w tym o: rozpoznaniach, lekach, alergiach, wywiadzie medycznym, planach leczenia, wynikach badań, zapiskach klinicznych oraz instrukcjach udzielanych przy wypisie a także podsumowaniach po wizycie przekazywanych pacjentowi (After Visit Summaries);
- poprosić o powtórzenie recept;
- poprosić, umówić i zmieniać moje wizyty;
- wysyłać zabezpieczone wiadomości do mojego zespołu opieki medycznej;
- wykorzystywać nowe funkcje, które mogą stać się dostępne w portalu MyNM w przyszłości.

Po aktywacji mój pełnomocnik może mieć dostęp do moich informacji zdrowotnych za pośrednictwem swojego własnego konta w portalu MyNM. Wszyscy użytkownicy MyNM muszą przeczytać i zgodzić się na zasady i warunki usług cyfrowych świadczonych przez ten portal (NM Digital Services Terms and Conditions) przed korzystaniem z nich.

Informacje o pacjencie (jest nim osoba, której informacje zdrowotne staną się dostępne dla pełnomocnika)

Imię	Nazwisko	Data urodzenia	
Adres zamieszkania	Miasto	Stan	ZIP
Numer telefonu	Adres e-mailowy		

Informacje o pełnomocniku (jest nim rodzic lub opiekun, któremu przyzna się dostęp do informacji zdrowotnych pacjenta)

Imię	Nazwisko	Data urodzenia	
Adres zamieszkania	Miasto	Stan	ZIP
Numer telefonu	Adres e-mailowy		

Czy pełnomocnik posiada już konto w portalu MyNM? (proszę wybrać jedno): Tak Nie Nie mam pewności

Wyznaczenie pełnomocnika z dostępem poprzez portal MyNM

- Wyznaczam osobę wymienioną powyżej (w punkcie Informacje o pełnomocniku) jako mojego pełnomocnika.
- Zezwalam NM na przesyłanie moich informacji zdrowotnych do mojego pełnomocnika za pośrednictwem portalu MyNM oraz na zapewnienie dostępu do innych funkcji MyNM, takich jak: prośby o powtórzenie recept, planowanie wizyt i przesyłanie zabezpieczonych wiadomości do mojego zespołu klinicznego.
- Rozumiem, że mój pełnomocnik będzie miał ten sam dostęp oraz uprawnienia, które posiadam lub posiadał(a)bym jako użytkownik portalu MyNM.
- Zdaję sobie sprawę, że moje Informacje zdrowotne w portalu MyNM uzyskuje się z mojej elektronicznej dokumentacji medycznej i mogą one obejmować informacje pozyskane od podmiotów powiązanych z NM oraz innych świadczeniodawców. Takie informacje zdrowotne mogą obejmować: informacje diagnostyczne, wyniki badań laboratoryjnych, stosowane leki, alergie, dane z wywiadu i badania lekarskiego, plany leczenia, postępy leczenia lub moją obecność w trakcie terapii, zapiski kliniczne, karty leczenia szpitalnego oraz inne zapisy dotyczące mojego leczenia. Rozumiem, że informacje zdrowotne, do których mój pełnomocnik będzie miał dostęp, mogą obejmować, w stosownych przypadkach, informacje dotyczące następujących kwestii: HIV/AIDS; zdrowie behawioralne lub psychiczne; niepełnosprawność rozwojowa; leczenie zaburzeń związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych (alkoholu i/lub narkotyków); badania i poradnictwo genetyczne; sztuczne zapłodnienie; napaść/przemoc na tle seksualnym; przemoc domowa wobec niepełnosprawnej osoby dorosłej; wykorzystywanie i zaniedbywanie dzieci; choroby przenoszone drogą płciową; ciąża; oraz kontrola urodzeń.
- W dowolnym momencie mam prawo do cofnięcia pełnego dostępu przez pełnomocnika, co będzie skutkowało ograniczeniami dotyczącymi tego, co mój rodzic lub opiekun może zobaczyć w portalu MyNM. Mogę cofnąć dostęp pełnomocnika, dzwoniąc do infolinii MyNM pod numer 855.HLPMYNM (855.457.6966); nr wewnętrzny dla telefonu tekstowego (TTY) to 711. **Poza tym niniejsze upoważnienie wygaśnie po ukończeniu przeze mnie 18 roku życia.**

Godzina Data Podpis pacjenta

Godzina Data Podpis (proszę wybrać jedno): Opiekuna Przedstawiciela prawnego

W celu przesłania swojego wniosku proszę przekazać ten podpisany formularz w gabinecie lekarza NM lub:

1. Przesłać go e-mailem na adres himmmedrc@nm.org
2. Wysłać faksem pod numer **312.926.6153**
3. Wysłać pocztą na adres **ATTN: Data Integrity, 676 North Saint Clair Street, Suite 1840, Chicago, Illinois 60611**