

El propósito de este formulario es indicarle a Northwestern Memorial HealthCare y sus filiales ("NM") que proporcionen a mi padre, madre o tutor ("apoderado") el acceso a mi información de salud protegida ("información de salud") a través de MyNM.

Mi apoderado puede:

- Ver la misma información de salud sobre mí en MyNM, como diagnósticos, medicamentos, alergias, historial médico, planes de tratamiento, resultados de pruebas, notas clínicas, instrucciones de alta y resúmenes de las visitas
- Solicitar resurtidos de medicamentos
- Solicitar, programar y gestionar mis citas
- Enviar mensajes seguros a mi equipo de atención médica
- Utilizar nuevas funciones que puedan estar disponibles a través de MyNM en el futuro

Una vez habilitado, mi apoderado puede acceder a mi información de salud a través de una cuenta propia de MyNM (la del apoderado). Todos los usuarios de MyNM deben leer y aceptar los términos y condiciones de los servicios digitales de NM antes utilizarlos.

**Información del paciente** (Es la persona cuya información de salud estará disponible para el apoderado)

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	
Dirección	Ciudad	Estado	ZIP
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico		

**Información del apoderado** (Es el padre, madre o tutor a quien se le otorgará el acceso a la información de salud del paciente)

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	
Dirección	Ciudad	Estado	ZIP
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico		

**¿El apoderado ya tiene una cuenta de MyNM?** (seleccione una casilla):  Sí  No  No sé

**Designación del apoderado de MyNM**

- Estoy designando a la persona antes mencionada en la información del apoderado como mi apoderado.
- Estoy indicando a NM que transmita mi información de salud a mi apoderado a través de MyNM y que le brinde acceso a otras funciones de MyNM, como solicitudes de resurtido, programación de citas e intercambio de mensajes seguros con mi equipo clínico.
- Entiendo que mi apoderado tendrá el mismo acceso y los mismos privilegios que tengo o tendría como usuario de MyNM.
- Entiendo que mi información de salud en MyNM se obtiene de mi expediente médico electrónico y puede incluir información de salud de las filiales de NM y otros proveedores de atención médica. Esta información de salud puede incluir información diagnóstica, análisis de laboratorio, medicamentos, alergias, antecedentes y evaluaciones, planes de tratamiento, progreso o presencia en el tratamiento, notas clínicas, resúmenes de alta y otros expedientes relacionados con mi tratamiento. Entiendo que la información de salud a la que mi apoderado tendrá acceso puede incluir, si corresponde, información sobre lo siguiente: VIH/SIDA; salud mental o conductual; discapacidades del desarrollo; tratamiento para trastorno por consumo de sustancias (alcohol o drogas); pruebas y asesoramiento genético; inseminación artificial; agresión/abuso sexual; abuso doméstico de un adulto con discapacidad; abuso y negligencia infantil; enfermedades de transmisión sexual; embarazo; y control de natalidad.
- Tengo derecho a revocar el acceso total del apoderado en cualquier momento, lo que limitará lo que mis padres o mi tutor pueden ver en MyNM. Puedo revocar el acceso total del apoderado a través de MyNM o llamando a la línea de atención del usuario de MyNM al 855.HLP.MYNM (855.457.6966) TTY 711. **De lo contrario, esta autorización vencerá cuando cumpla 18 años.**

Hora	Fecha	Firma del paciente
Hora	Fecha	Firma del (seleccione una casilla): <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Representante legal

Para enviar su solicitud, entregue este formulario firmado en el consultorio de su médico de NM, o:

1. Envíela por correo electrónico a [himmmedrc@nm.org](mailto:himmmedrc@nm.org)
2. Envíela por fax al **312.926.6153**
3. Envíela por correo postal a la atención de: **Data Integrity, 676 North Saint Clair Street, Suite 1840, Chicago, Illinois 60611**