

El propósito de este formulario es indicarle a Northwestern Memorial HealthCare y sus filiales ("NM") que proporcionen a otra persona ("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 que yo puedo ver 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 la persona a la que 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; y abuso y negligencia infantil.
- Tengo derecho a revocar el acceso del apoderado en cualquier momento y puedo hacerlo a través de MyNM o llamando a la línea de atención al usuario de MyNM al 855.HLP.MYNM (855.457.6966) TTY 711. **De lo contrario, esta autorización vencerá a los cinco años de la fecha de mi firma.**

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 himmedrc@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**