

PROŚBA UŻYTKOWNIKA PORTALU MYNM O PEŁNOMOCNICTWO (Z PEŁNYM DOSTĘPEM) W PRZYPADKU PACJENTA W WIEKU 0-11 LAT

Celem tego formularza jest prośba wystosowania do Northwestern Memorial HealthCare i jego podmiotów powiązanych („NM”) o udzielenie mi dostępu do chronionych informacji zdrowotnych („informacje zdrowotne”) małoletniego w wieku 0-11 lat poprzez portal MyNM. **Taki dostęp jest dozwolony jedynie dla rodziców lub osób będących prawnymi opiekunami dziecka.**

Pełnomocnik może:

- przeglądać w portalu NM informacje zdrowotne o pacjencie, 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 recepty;
- poprosić, umówić i zmieniać wizyty;
- wysyłać zabezpieczone wiadomości do zespołu opieki medycznej nad pacjentem;
- wykorzystywać nowe funkcje, które mogą stać się dostępne w portalu MyNM w przyszłości.

Informacje zdrowotne w portalu MyNM uzyskuje się z elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta i mogą one obejmować informacje pozyskane od podmiotów powiązanych z NM oraz innych świadczeniodawców.

Po aktywacji pełnomocnik będzie miał dostęp do zapisanej cyfrowo dokumentacji medycznej pacjenta poprzez swoje własne konto 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 pełnomocniku (jest nim rodzic lub opiekun, któremu przyzna się dostęp do informacji zdrowotnych małoletniego pacjenta)

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

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

Informacje o małoletnim pacjencie (jest nim małoletni pacjent, którego informacje zdrowotne staną się dostępne dla pełnomocnika)

Imię	Nazwisko	Data urodzenia
------	----------	----------------

Proszę zaznaczyć, jeśli adres i numer telefonu małoletniego są takie same jak te, które przekazał powyżej pełnomocnik
Jeśli adres małoletniego jest inny niż przekazany powyżej, proszę wypełnić poniższe pola:

Adres zamieszkania	Miasto	Stan	ZIP
Numer telefonu			

Relacja pełnomocnika względem małoletniego pacjenta: Rodzic Opiekun prawny*

*Wymagana jest dokumentacja prawna. Proszę ją dołączyć, jeśli wniosek kierowany jest za pomocą poczty, faksem lub emaila.

Dostęp pełnomocnika można cofnąć, dzwoniąc do infolinii MyNM pod numer 855.HLP.MYNM (855.457.6966); nr wewnętrzny dla telefonu tekstowego (TTY) to 711. Poza tym, zgodnie z przepisami stanowymi dotyczącymi zachowania prywatności, pełen dostęp pełnomocnika ulegnie zmianie na dostęp ograniczony po osiągnięciu przez pacjenta 12 roku życia. Ograniczony dostęp pełnomocnika wygaśnie po ukończeniu przez pacjenta 18 roku życia.

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

1. Prześłać 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**