



Запрос на доступ к информации иждивенца в MyChart в качестве представителя

Доступ к согласованной медицинской документации иждивенца

Чтобы получить доступ к согласованной медицинской документации иждивенца, заполните обе страницы этой формы запроса и отправьте ее одним из способов, указанных на стр. 2.

Информация о пациенте

Фамилия: _____ Имя: _____

Средний инициал: _____

Последние 4 цифры SSN: _____ Дата рождения: _____

Улица и номер дома: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Номер телефона: _____

Если этот запрос касается несовершеннолетнего лица, обратите внимание, что по достижении им 18 лет у вас больше не будет права на доступ к его согласованной медицинской документации. Чтобы запросить бумажные копии медицинской документации своего ребенка, посетите веб-сайт Go.SRHS.com/Records для получения дополнительной информации.

Информация о заявителе (заполните все разделы, вписав свою информацию)

Фамилия: _____ Имя: _____

Средний инициал: _____

Последние 4 цифры SSN: _____ Дата рождения: _____ Пол: _____

Улица и номер дома: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Адрес электронной почты: _____ Номер телефона: _____

Кем приходится пациенту:

Родитель несовершеннолетнего ребенка (отметьте одно поле)

Отец Законный опекун или приемный родитель*

Мать Другое: _____

Уполномоченное лицо, назначенное по доверенности*

* Если вы являетесь законным опекуном или уполномоченным лицом, назначенным по доверенности, предоставьте вместе с этой формой доказательство опекуна.

Если вы являетесь приемным родителем, бабушкой или дедушкой и т. д., используйте форму и информацию о предоставлении доступа на веб-сайте Go.SRHS.com/Proxy.

► Продолжение на стр. 2 (необходима подпись родителя или опекуна)

Региональные условия и соглашение SRHS

В настоящей форме местоимения «вы», «ваш», «мой», «я» и «меня» означают родителя или назначенного судом опекуна, указанного ниже, который запрашивает доступ к информации в MyChart в качестве представителя и разрешает выполнять такую процедуру. Как родитель пациента или назначенный судом опекун, я разрешаю SRHS дать мне право на доступ к информации в SRHS MyChart в качестве представителя, включая все медицинские данные, содержащиеся в учетной записи SRHS MyChart вышеуказанного пациента, для любых целей, которые я сочту подходящими, в соответствии с положениями и условиями предоставления доступа к информации в SRHS MyChart, что позволит мне просматривать, загружать и (или) передавать третьим лицам любую медицинскую информацию пациента, содержащуюся в учетной записи SRHS MyChart. Я понимаю и признаю, что это может включать информацию, касающуюся лечения пациента от физических и психических заболеваний, злоупотребления алкоголем или наркотиками, а также результатов анализов на ВИЧ/СПИД либо таких диагнозов.

После разглашения медицинской информации пациента она может быть повторно раскрыта получателем и больше не подлежит защите законом. Лечение, оплата, регистрация или право пациента на получение льгот не будут зависеть от того, согласны ли вы с настоящим разрешением. Чтобы настоящее разрешение было действительным, активация функции доступа к информации в MyChart SRHS для представителя должна произойти в течение одного (1) года после даты настоящего разрешения. После получения этой заполненной формы ваш запрос на доступ к информации в MyChart в качестве представителя будет обрабатываться примерно семь (7) рабочих дней.

Я понимаю и соглашаюсь с тем, что мне необходимо направить письменное уведомление в назначенный врачебный кабинет, если я больше не являюсь родителем или назначенным судом опекуном вышеуказанного пациента либо если действует судебный приказ или запретительное постановление, ограничивающее мой доступ к медицинской документации и информации пациента. Срок действия настоящего разрешения на доступ к учетной записи MyChart пациента в качестве приглашенного лица автоматически истекает при следующих обстоятельствах, в зависимости от того, что произойдет раньше: в восемнадцатый (18-й) день рождения пациента; если сотрудники врачебного кабинета получают уведомление и документацию о том, что я больше не являюсь назначенным судом опекуном пациента (если применимо); если сотрудники врачебного кабинета получают уведомление и документацию о наличии судебного приказа или запретительного постановления, ограничивающего мой доступ к медицинской документации и информации пациента; при деактивации учетной записи пациента в MyChart SRHS; при моем отзыве настоящего разрешения. Вы можете в любое время отозвать настоящее разрешение (за исключением случаев, когда на основании него были предприняты действия) путем письменного уведомления, отправленного в указанный врачебный кабинет.

Подпись родителя или опекуна

Имя и фамилия (печатными буквами)

Дата

Способы подачи формы

Если вы не являетесь пациентом SRHS или какого-либо врачебного кабинета либо отделения данной сети, вы должны сначала создать свою собственную учетную запись в MyChart SRHS, прежде чем запрашивать доступ в качестве представителя. Посетите веб-страницу Go.SRHS.com/MyChart для более детальной информации.

Вы можете запросить доступ в качестве представителя, заполнив соответствующую форму и подав ее следующими способами.

- **Лично:** принесите форму (с документами, если необходимо) в соответствующий врачебный кабинет.
- **По факсу:** отправьте форму (с документами, если необходимо) на номер (864) 560-9112.
- **По электронной почте:** отсканируйте форму и отправьте ее (с документами, если необходимо) по адресу HIMPROXY@srhs.com.
- **По почте:** отправьте форму (с документами, если необходимо) по такому адресу:
HIM Proxy
Spartanburg Medical Center
101 E Wood St
Spartanburg, SC 29303

ПРИМЕЧАНИЕ. Форму необходимо подписать от руки. Виртуальные и цифровые подписи не принимаются.