



# SPARTANBURG Regional Healthcare System

## Приглашение представителя для получения доступа к информации взрослого пациента в MyChart

### Приглашение другого взрослого для получения доступа к вашей согласованной медицинской документации

Чтобы пригласить другого взрослого для получения доступа к вашей согласованной медицинской документации, заполните эту форму и предоставьте ее лично сотрудникам своего врачебного кабинета. **Вы, как пациент, должны присутствовать при этом, чтобы дать свое согласие.**

Пригласить взрослого можно в режиме онлайн через свою учетную запись MyChart. Посетите веб-страницу [Go.SRHS.com/MyChart](http://Go.SRHS.com/MyChart) для более детальной информации.

#### Информация о пациенте (заполните все разделы, вписав информацию пациента)

Фамилия: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_  
Средний инициал: \_\_\_\_\_  
Последние 4 цифры SSN: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Улица и номер дома: \_\_\_\_\_  
Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_  
Номер телефона: \_\_\_\_\_

#### Информация о приглашенном лице (заполните все разделы, вписав информацию приглашенного лица)

Фамилия: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_  
Средний инициал: \_\_\_\_\_  
Последние 4 цифры SSN: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_ Пол: \_\_\_\_\_  
Улица и номер дома: \_\_\_\_\_  
Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_  
Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_ Номер телефона: \_\_\_\_\_

### Региональные условия и соглашение SRHS

В настоящей форме местоимения «вы», «ваш», «мой» и «я» указывают на пациента, упомянутого выше, чьи документы хранятся в SRHS. Настоящим я уполномочиваю указанного ниже человека (т. е. лицо с доступом к информации в MyChart SRHS в качестве представителя) действовать от моего имени в отношении любой моей медицинской информации, содержащейся в MyChart SRHS, включая получение доступа к функциям MyChart SRHS, позволяющим ему просматривать, загружать и (или) передавать третьим лицам любую мою медицинскую информацию, в соответствии с положениями и условиями доступа к информации в MyChart SRHS в качестве представителя. Настоящим я разрешаю SRHS давать доступ представителю к любой моей медицинской информации, содержащейся в SRHS MyChart, для всех целей, которые он сочтет целесообразными. Я понимаю и признаю, что это может включать информацию, касающуюся лечения от физических и психических заболеваний, злоупотребления алкоголем или наркотиками, а также результатов анализов на ВИЧ/СПИД либо таких диагнозов.

После разглашения вашей медицинской информации она может быть повторно раскрыта получателем и больше не подлежит защите законом. Лечение, оплата, регистрация или право 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. Срок действия настоящего разрешения на доступ представителя к моей учетной записи MyChart SRHS автоматически истекает в следующих случаях, в зависимости от того, что произойдет раньше: когда сотрудники SRHS получают уведомление о моей смерти; когда я (или мой законный представитель) деактивирую свою учетную запись MyChart SRHS; когда я (или мой законный представитель) отзываю настоящее разрешение. 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 пациента

Имя и фамилия (печатными буквами)

Дата