



150000

PLACE LABEL HERE.

IF LABEL NOT AVAILABLE, WRITE IN PT NAME & MR#

ACCESO DE APODERADO A MY-CHART PARA "CUIDADORES"

PROXY ACCESS TO MY-CHART FOR "CAREGIVERS"

Instrucciones para completar este formulario: Para solicitar acceso de apoderado, complete este formulario y envíelo por fax, correo postal o correo electrónico (ya sea como un archivo adjunto escaneado o una foto del formulario) al Centro de contacto de UVa. Después de que se reciba el formulario y se haya verificado la información, recibirá un correo electrónico urgente con información de acceso

Instructions for completing this form: To request proxy access, please complete this form and fax, mail, or email (either as a scanned attachment or a photo of the form) it to the UVa Contact Center. After the form is received and the information has been verified, you will receive a time sensitive e-mail with access information.

UVA Contact Center

PO Box 800783 Charlottesville, Va. 22908-0793

Email: mychart@virginia.edu Fax: 434-924-7456 Phone: 434-243-2500

Información del Paciente Incapacitado

Incapacitated Patient Information

Nombre del Paciente: _____ Numero de Historia Clínica _____
 Patient's Name Medical Record Number

Fecha de Nacimiento: _____ Dirección _____
 Date of Birth Address

Adulto que Busca Acceso por Poder Como Cuidador a la Información del Paciente Incapacitado

Adult Seeking Proxy Access as Caregiver to Incapacitated Patient Information

He leído y entiendo la información sobre el apoderado para MyChart y los términos y condiciones para usar MyChart. Entiendo que debo tener mi propia cuenta MyChart. Certifico que soy el apoderado del paciente mencionado anteriormente. Toda la información que he proporcionado es correcta. Si el paciente recupera la capacidad podrá desactivar el acceso de apoderado. Por la presente solicito acceso a la cuenta My-Chart de este paciente.

I have read and understand the information about proxy for MyChart and terms and conditions for using MyChart. I understand that I must have my own MyChart account. I certify that I am a caregiver of the above named patient. All information I have provided is correct. If the patient regains capacity he/she may deactivate the proxy access. I hereby request access to this patient's My-Chart account.

Nombre del Destinatario del Poder: _____ Teléfono: _____
 Proxy Recipient Name Phone

Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____
 Date of Birth Address

Correo Electrónico: _____
 Email

Numero de Historia Clínica: _____ No tiene Numero de Historia Clínica en UVA
 Medical Record Number No UVA Medical Record Number

Relación con el paciente: Cónyuge Hijo/Hija Padres/ Guardián Legal Otro: _____
 Relationship to patient: Spouse Son/Daughter Parent/Legal Guardian Other

Sustituto legal por: Directiva Anticipada Poder legal Tutela
 Legal Surrogate by: Advance Directive Power of Attorney Guardianship

Jerarquía de Virginia para agente legal Otro: _____
 Virginia hierarchy for legal agent Other

Firma del Destinatario del Apoderado _____ Fecha _____ Hora _____
 Proxy Recipient Signature Date Time



1500000

PLACE LABEL HERE.

IF LABEL NOT AVAILABLE, WRITE IN PT NAME & MR#

Revisión de Capacidad: Solicite al proveedor independiente con licencia de UVa que complete la siguiente sección o incluya documentación legal que demuestre la capacidad del paciente y su estado legal como cuidador.

Capacity Review: Please have either the UVa Licensed Independent Provider complete the following section or include legal documentation that proves patient capacity and your legal status as caregiver.

Proveedor Independiente con Licencia UVa Revisión de Apoderado para Paciente Incapacitado

UVa Licensed Independent Provider Review of Proxy for Incapacitated Patient

- He verificado la capacidad del paciente y la relación de la persona que busca acceso de apoderado para la cuenta MyChart del paciente **O**
- Se completó el formulario UVa 070861-Certificación de la capacidad del paciente adulto para dar su consentimiento para el tratamiento

I have verified the capacity of the patient and the relationship of the person seeking proxy access for the patient's MyChart account
OR UVa Form 070861-Certification of Adult Patient Capacity to Consent to Treatment has been completed

Nombre _____ Firma _____

Name _____ Signature _____

Fecha _____ Hora _____

Date _____ Time _____

Documentación Legal Adjunta (Marque todo lo que correspondan):

Legal Documentation Enclosed (Check all that apply)

- Directiva Anticipada
Advanced Directive
- Poder Notarial
Power of Attorney
- Tutela
Guardianship
- Otro/Comentarios _____
Other/Comments

**Sólo para uso de UVa
UVa Use Only**

Proxy Identification Validated By HIS SW Clinical Support Access Other: _____

Proxy Access Status: Approved Not Approved Comment: _____

Team Member Name: _____ Date: _____ Time: _____

UVa Contact Center Details Activation:

Team Member Name: _____ Date: _____ Time: _____

Deactivation:

Proxy Deactivated Per Request Of: Patient Proxy Other: _____

Team Member Name: _____ Date _____ Time _____