



**DENVER
HEALTH™**
— est. 1860 —
FOR LIFE'S JOURNEY

MYCHART ADULT PROXY ACCESS REQUEST FORM

I understand by submitting this form, I have requested the person indicated below to act on my behalf (a "proxy") to obtain information regarding my health included in my electronic health record. I understand that my medical information is confidential. It is securely maintained in an electronic system called "MyChart" utilized by Denver Health and Hospital Authority (DHHA). My proxy and I agree to comply with the terms /conditions of MyChart.

Please print clearly and complete all information:

Patient:		Proxy:	
Full Name		Full Name	
Date of Birth	Med. Record #	Date of Birth	Gender
Address		Address	
City/State	Zip Code	City/State	Zip Code
Phone	E-mail	Phone	E-mail

Proxy Information:

Have you been a patient at Denver Health? ☐ Yes ☐ No

If yes, do you have an active Denver Health MyChart Account? ☐ Yes ☐ No

Proxies must have a MyChart account of their own in order to access another's Denver Health MyChart Account

Relationship to patient: _____

Is patient able to make and understand his or her health care decisions? ☐ Yes ☐ No

If No:

☐ **Permanent Legal Guardian or Conservator** (Proxy must provide copy of photo ID and attach copy of the legal paperwork appointing Guardianship or Conservatorship)

☐ **Medical Durable Power of Attorney for Health Care Decisions** (Proxy must provide photo ID and a copy of MDPOA)

Confirmed on Date _____

By: _____ **(DHHA Employee signature/title)**

Proxy:

By signing this form, I (proxy) understand and agree to the following:

1. I will follow the terms and conditions on the MyChart web site.
2. I must log in to MyChart with my own user name and password.
3. The patient can revoke my access to his/her account at any time.
4. Communications conducted through MyChart will become part of the patient's medical record.
5. My access to the patient's MyChart account will expire 3 years from the signature date of the document unless otherwise specified. This form must be filled out at that time to grant access again.
6. If I am proxy acting on behalf of the patient because he/she is not able to make and understand healthcare decisions, I agree to notify MyChart in writing immediately at the address below if my legal authority to act on behalf of the patient is inactivated, revoked, terminated or expired.

Proxy Signature _____

Date _____

Patient:

By signing this form, I give Denver Health and Hospital permission to give my health information to my Proxy through MyChart. I understand that once my Proxy obtains this information, Denver Health cannot guarantee it is safe or protected. I understand that my treatment will not change if I grant or revoke this permission. I certify I have given permission voluntarily.

I understand this permission expires 3 years from the date I sign. I understand I can revoke my permission by accessing MyChart and selecting revoke proxy access **OR** submitting a written request to revoke proxy access to the mailing address/email listed below.

Signature of Patient or Authorized Representative _____

Date _____

Denver Health and Hospital Authority Health
Information Management Department
301 W. 6th Ave., MC 0296
Denver, Colorado 80204
DH_HIM@dhha.org



**DENVER
HEALTH™**

— est. 1860 —
FOR LIFE'S JOURNEY

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACCESO A MYCHART PARA APODERADOS DE ADULTOS

Entiendo que, al presentar este formulario, he solicitado que la persona indicada más abajo actúe en mi nombre ("apoderado") para obtener la información relacionada con mi salud, contenida en mis registros médicos electrónicos. Entiendo que mi información médica es confidencial. Se la mantiene de manera segura en un sistema electrónico llamado MyChart utilizado por Denver Health and Hospital Authority (DHHA). Mi apoderado y yo aceptamos cumplir con los términos y condiciones de MyChart.

Escriba con letra de imprenta clara y complete toda la información:

Paciente:		Apoderado:	
Nombre completo		Nombre completo	
Fecha de nacimiento	Núm. de registro médico	Fecha de nacimiento	Sexo
Domicilio		Domicilio	
Ciudad/Estado	Código postal	Ciudad/Estado	Código postal
Teléfono	Correo electrónico	Teléfono	Correo electrónico

Información del apoderado:

¿Ha sido usted paciente de Denver Health? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí ¿posee una cuenta activa de MyChart de Denver Health? ☐ Sí ☐ No

Los apoderados deben poseer una cuenta de MyChart propia para poder acceder a otra cuenta de MyChart de Denver Health

Relación con el paciente: _____

¿El paciente tiene la capacidad de tomar y comprender sus decisiones de atención médica? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es no:

☐ **Tutor o guardián legal permanente** (el apoderado debe proporcionar una copia de una identificación con foto y adjuntar la copia de los documentos legales que designan al tutor o guardián).

☐ **Poder notarial permanente sobre decisiones de atención médica (Medical Durable Power of Attorney, MDPOA)** (el apoderado debe proporcionar identificación con fotografía y copia del MDPOA).

Confirmado en fecha _____

Por: _____ **(Firma/cargo del empleado de DHHA)**

Apoderado:

Al firmar este formulario, yo (apoderado) comprendo y acepto lo siguiente:

1. Cumpliré con los términos y condiciones que aparecen en el sitio web de MyChart.
2. Debo iniciar sesión en MyChart con mi propio nombre de usuario y contraseña.
3. El paciente puede revocar mi acceso a su cuenta en cualquier momento.
4. Las comunicaciones realizadas a través de MyChart se incorporarán al registro médico del paciente.
5. Mi acceso a la cuenta de MyChart del paciente expirará a los 3 años a partir de la fecha de la firma del documento, a menos que se especifique lo contrario. Este formulario se deberá volver a completar en ese momento para otorgar acceso nuevamente.
6. Si soy un apoderado que actúa en representación del paciente porque él/ella no es capaz de comprender y tomar decisiones relacionadas con su atención médica, acepto notificar por escrito a MyChart, a la dirección indicada más adelante, si mi autoridad legal para actuar en representación del paciente es suspendida, revocada, rescindida o si expira.

Firma del apoderado

Fecha

Paciente:

Al firmar este documento, otorgo permiso a Denver Health and Hospital para que entregue mi información médica a mi apoderado a través de MyChart. Entiendo que, una vez que mi apoderado obtenga esta información, Denver Health no puede garantizar su seguridad o protección. Entiendo que mi tratamiento no cambiará si otorgo o revoco este permiso. Certifico que he dado mi permiso voluntariamente.

Entiendo que este permiso expirará dentro de 3 años a partir de la fecha en que lo firme. Entiendo que puedo revocar mi permiso, para lo cual debo acceder a MyChart y seleccionar la opción para revocar el permiso del mandatario. O enviando una solicitud por escrito de revocación de acceso del mandatario a la dirección/correo electrónico indicados más adelante.

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha

Denver Health and Hospital Authority
Health Information Management Department 301 W. 6th Ave., MC 0296
Denver, Colorado 80204
DH_HIM@dhha.org