

Patient Information
All fields are required.

Patient Name: _____ DOB: _____
 Address: _____ Email Address: _____
 City, State, Zip: _____ Phone Number: _____

Proxy Information
All fields are required.

Proxy / Guardian Name: _____ DOB: _____
 Address: _____ Email Address: _____
 City, State, Zip: _____ Phone Number: _____
 Relationship to Patient: _____

MyChart Terms and Conditions

I understand the following:

- MyChart contains selected, limited medical information from a patient's medical record and does not reflect the complete contents of the medical record. A paper copy or PDF of a patient's medical record may be requested from the patient's health care provider.
- My activities within MyChart are tracked by computer audit, and entries I make can become part of my medical record or the above-named patient's medical record.
- I understand that my access to any information about the patient may be revoked by the patient through a written request.
- I agree to abide by the St. Charles Health System MyChart [Terms and Conditions](#).
- **Send form to:** SCHS HIM Manager, at 2500 NE Neff Road, Bend, OR 97701

By signing below, I acknowledge that I am providing documentation of my authorization to access the protected health information of the patient described above. I certify that I am legally authorized to access such information about the patient named above, and that the information I have provided is true and correct.

Proxy Signature: _____ Date: _____

Proxy Printed Name: _____

I acknowledge that I have read and understand this MyChart adult proxy form. I agree to its terms and designate the person named above as my MyChart proxy, thereby allowing him/her access to my MyChart medical record.

Patient Signature: _____ Date: _____

Patient Printed Name: _____

For Office Use Only

Document to be retained in Patient Record

Patient MRN: _____ Proxy Activation Date: _____



Información del Paciente

Todos los campos son obligatorios

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nac.: _____

Dirección: _____ Correo Electrónico: _____

Ciudad, Estado, Cód. Postal: _____ Número Teléfono: _____

Información del Representante

Todos los campos son obligatorios

Nombre del Padre o Madre / Tutor Legal: _____ Fecha Nac.: _____

Dirección: _____ Correo Electrónico: _____

Ciudad, Estado, Cód. Postal: _____ Número Teléfono: _____

Parentesco con el Paciente: _____

Términos y condiciones de MyChart

Entiendo lo siguiente:

- MyChart contiene información médica seleccionada y limitada del expediente médico de un paciente y no refleja el contenido completo del expediente médico. Se puede solicitar una copia en papel o en PDF del registro médico de un paciente al profesional de atención médica del paciente.
- Mis actividades dentro de MyChart se controlan mediante una auditoría informática y lo que agrego pueden pasar a formar parte de mi expediente médico o del expediente médico del paciente mencionado anteriormente.
- Entiendo que mi acceso a cualquier información sobre el paciente puede ser revocado por el paciente, mediante una solicitud por escrito.
- Acepto cumplir con los Términos y Condiciones de MyChart de St. Charles Health System.
- **Envíe el Formulario a:** SCHS HIM Manager, en 2500 NE Neff Road, Bend, OR 97701

Al firmar a continuación, reconozco que estoy proporcionando la documentación de mi autorización para acceder a la información de salud protegida del paciente descrito anteriormente. Certifico que estoy legalmente autorizado/a para acceder a dicha información sobre el paciente mencionado anteriormente, y que la información que he proporcionado es verdadera y correcta.

Firma del Representante: _____ Fecha: _____

Nombre Impreso del Representante: _____

Reconozco que he leído y comprendido este formulario de poder para adultos de MyChart. Estoy de acuerdo con sus términos y designo a la persona mencionada anteriormente como mi representante de MyChart, permitiéndole así el acceso a mi expediente médico de MyChart.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre Impreso del Paciente: _____

For Office Use Only

Document to be retained in Patient Record

Patient MRN: _____ Proxy Activation Date: _____

