



# Cheyenne Regional

## MyChart Proxy Adult to Adult Request

Health Information Management  
Cheyenne Regional Medical Center  
2600 E 18th Street Cheyenne, WY 82001;  
Fax (307) 432-3108. Phone (307) 633-7925  
Email: CheyenneRegionalHIM@crmcwy.org

### Proxy Information:

Name of Proxy \_\_\_\_\_  
(print last, first, middle initial)

Street Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

### You are Requesting Proxy Access:

Please note that for all types of proxy access, the patient's chart must be accessed through your *MyChart* account. If you do not currently have a *MyChart* account, please provide your social security number: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ and a *MyChart* account will be created for you as part of this proxy request. You will have access to your account as well as proxy access as requested below.

### Adult-Adult (Access to another adult's MyChart record)

The patient must sign this form and provide authorization for release of medical information in MyChart on the "Adult Proxy Authorization Form for Release of Information".

### Adult Patient's Information: (All fields required for Adult proxy access – please print clearly.)

Complete this section with information about the adult patient whose *MyChart* record you're requesting to access.

Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
(print last, first, middle initial)

Street Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Clinic: \_\_\_\_\_

### MyChart Terms and Agreement

- I understand *MyChart* is intended as a secure online source of confidential medical information. If I share my *MyChart* ID and password with another person, that person may be able to view my or my proxy's health information, and health information about someone who has authorized me as a *MyChart* proxy.
- I agree that it is my responsibility to select a confidential password, to maintain my password in a secure manner, and to change my password if I believe confidentiality may have been compromised in any way.
- I understand it is my responsibility to ensure that my e-mail address is current at all times, and if my e-mail address is not current, I will not receive important messages from *MyChart*.
- I understand that *MyChart* contains selected, limited medical information from a patient's medical record and *MyChart* does not reflect the complete contents of the medical record. I also understand the patient or proxy may request a paper copy, a disc copy or an upload to *MyChart* of his/her medical record from the Health Information Department.
- I understand my activities within *MyChart* may be tracked electronically and entries I make may become part of the medical record.
- I understand access to *MyChart* is provided as a convenience to patients and access to *MyChart* may be deactivated at any time, for any reason.

### For MyChart Sign-up and all Types of Proxy Access:

By signing below, I acknowledge that I have read and understand this *MyChart* Sign-Up Form and I agree to its terms.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Your Signature Relationship to Patient Date (Required)

**If Legal Guardian/Power of Attorney is being used, a copy of the documentation must accompany this request.**

### For Adult Proxy Access:

I acknowledge that I have read and understand this *MyChart* Sign-up form. I agree to its terms and choose to designate the person named above as my *MyChart* Proxy, thereby allowing them access to my *MyChart* medical record.

Patient signature \_\_\_\_\_/Date \_\_\_\_\_





# Cheyenne Regional

## MyChart Proxy Adult to Adult Request

Health Information Management  
Cheyenne Regional Medical Center  
2600 E 18th Street Cheyenne, WY 82001  
Fax (307) 432-3108. Phone (307) 633-7925  
Email: CheyenneRegionalHIM@crmcwy.org

### Información del representante:

Nombre del representante \_\_\_\_\_  
*(apellido, nombre, inicial del segundo nombre en letra de molde)*

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### Usted solicita acceso de representante:

Tenga en cuenta que, para todos los tipos de acceso de representante, se debe acceder al historial del paciente mediante su cuenta de *MyChart*. Si usted no tiene una cuenta de *MyChart*, escriba su número de seguro social: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. Con esto se creará una cuenta de *MyChart* para usted como parte de esta solicitud de representante. Tendrá acceso a su cuenta y también acceso de representante, como se solicita abajo.

### Adulto-Adulto (Acceso al expediente de MyChart de otro adulto)

El paciente debe firmar este formulario y dar autorización para la revelación de información médica en MyChart en el "Formulario de autorización para la revelación de información al representante adulto".

### Información del paciente adulto: (Todos los campos son obligatorios para el acceso de representante adulto; escriba claramente en letra de molde).

Complete esta sección con información sobre el paciente adulto a cuyo expediente de *MyChart* solicita acceder.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
*(apellido, nombre, inicial del segundo nombre en letra de molde)*

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Clínica: \_\_\_\_\_

### Términos y acuerdo de MyChart

- Entiendo que *MyChart* está diseñado como una fuente segura en línea de información médica confidencial. Si comparto mi ID y contraseña de *MyChart* con otra persona, esa persona puede ver mi información médica o la de mi representante, y la información médica de alguien que me haya autorizado a mí como representante en *MyChart*.
- Acepto que es mi responsabilidad elegir una contraseña confidencial, mantenerla de forma segura y cambiarla si creo que la confidencialidad puede estar en peligro de alguna manera.
- Entiendo que es mi responsabilidad asegurarme de que mi dirección de email esté actualizada en todo momento, y si mi dirección de email no está actualizada, no recibiré mensajes importantes de *MyChart*.
- Entiendo que *MyChart* contiene información médica seleccionada y limitada del expediente médico de un paciente y *MyChart* no refleja el contenido completo de dicho expediente. También entiendo que el paciente o el representante pueden solicitar al Departamento de Información Médica (Health Information Department) una copia impresa, una copia en disco o una carga en *MyChart* de su expediente médico.
- Entiendo que mis actividades dentro de *MyChart* pueden rastrearse electrónicamente y que los registros que haga se pueden convertir en parte del expediente médico.
- Entiendo que el acceso a *MyChart* se da para comodidad de los pacientes y que el acceso a *MyChart* puede desactivarse en cualquier momento y por cualquier motivo.

### Para registrarse en MyChart y todos los tipos de acceso de representante:

Firmando abajo, reconozco que leí y que entiendo este formulario de registro de *MyChart* y acepto sus términos.

\_\_\_\_\_  
Su firma / Relación con el paciente / Fecha (obligatoria)

**Si se usa un tutor legal/poder notarial, una copia de la documentación debe acompañar esta solicitud.**

### Para acceso de representante adulto:

Reconozco que leí y que entiendo este formulario de registro de *MyChart*. Acepto sus términos y elijo designar a la persona nombrada arriba como mi representante en *MyChart*, permitiéndole así el acceso a mi expediente médico de *MyChart*.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ / Fecha \_\_\_\_\_

