Cheyenne Regional

MyChart Proxy
Adult to Child 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 Parent/Guardian _____
(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-Child (Access to your minor child's *MyChart* record)

Please note the following age range limitations for *MyChart*.

If your child is age 0-18: You will be granted full access to your child's *MyChart* record.
Once your child reaches age 18, you will no longer have access to your child's *MyChart* record.

Child's Information: *(All fields required for child/children) proxy access – please print clearly.)*
Complete this section with information about your minor child whose *MyChart* record you are requesting to access.

Name (last, first, middle initial)	Date of Birth (mm/dd/yyyy)	Primary Care Clinic

(If you have more than 3 children for whom you would like proxy access, please request another form or print one from https://mychart.crmcwy.org).

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 child'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.
- Verification of parental guardianship may be required.

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.

Cheyenne Regional

MyChart Proxy
Adult to Child 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 Padre/Tutor: _____
(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-Hijo (Acceso al expediente de *MyChart* de su hijo menor de edad)

Tenga en cuenta las siguientes limitaciones de rango de edad para *MyChart*.

Si su hijo tiene entre 0 y 18 años: Usted tendrá acceso total al expediente de *MyChart* de su hijo. Cuando su hijo cumpla 18 años, usted ya no tendrá acceso a su expediente de *MyChart*.

Información del hijo: *(Todos los campos son obligatorios para el acceso de representante a la información de su hijo/sus hijos; escriba claramente en letra de molde).*
Complete esta sección con información sobre su hijo menor de edad a cuyo expediente de *MyChart* solicita acceder.

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Clínica de atención primaria

(Si tiene más de 3 hijos y quiere acceso de representante para acceder a sus expedientes, solicite otro formulario o imprima uno de https://mychart.crmcwy.org).

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 hijo, y la información médica de alguien que me autorizó a ser su 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.
- Se puede exigir la verificación de la tutela de los padres.

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.