

الغرض من هذا النموذج هو توجيه Northwestern Memorial HealthCare والجهات التابعة لها ("NM") بمنح شخص آخر ("وكيلي المفوض") صلاحية الوصول إلى معلوماتي الصحية المحمية ("المعلومات الصحية") عبر MyNM.

يحق لوكيلي القيام بما يلي:

- الاطلاع على نفس المعلومات الصحية الخاصة بي في برنامج الرعاية الطبية التي يمكنني الاطلاع عليها في MyNM، بما في ذلك التشخيصات والأدوية، وحالات الحساسية، والتاريخ الصحي، وخطط العلاج، ونتائج الفحوصات، والملاحظات السريرية، وتعليمات الخروج، وملخصات ما بعد الزيارة.
- طلب إعادة صرف الأدوية
- طلب وتحديد موعد، وإدارة مواعيدي
- إرسال رسائل مؤمنة لفريق الرعاية الخاص بي
- الاستفادة من الخصائص الجديدة التي قد تصبح متاحة عبر MyNM في المستقبل

يحق لوكيلي المفوض الوصول لمعلوماتي الصحية من خلال الحساب المخصص للوكيل على MyNM بمجرد تفعيل الحساب. ينبغي لجميع مستخدمي MyNM قراءة شروط وأحكام الخدمات الرقمية لـ NM والموافقة عليها قبل الاستخدام.

معلومات المريض (وهو الفرد الذي ستُتاح معلوماته الصحية للوكيل المفوض)

الاسم الأول	اسم العائلة	تاريخ الميلاد
عنوان الشارع	المدينة	الولاية
رقم الهاتف	البريد الإلكتروني	الرمز البريدي
معلومات الوكيل المفوض (وهو الشخص الذي سيمنح حق الوصول إلى المعلومات الصحية الخاصة بالمريض)		

الاسم الأول	اسم العائلة	تاريخ الميلاد
عنوان الشارع	المدينة	الولاية
رقم الهاتف	البريد الإلكتروني	الرمز البريدي

هل لدى الوكيل المفوض بالفعل حساب على MyNM؟ (يرجى اختيار أحد الخيارات): نعم لا غير متأكد

تعيين الوكيل المفوض في MyNM

- أعيّن الفرد المذكور أعلاه ضمن معلومات المفوض بصفته وكيلاً مفوضاً عني.
- أوجه NM لإرسال معلوماتي الصحية إلى مفوضي عبر MyNM، وتوفير صلاحية الوصول إلى الوظائف الأخرى لـ MyNM، مثل طلبات إعادة الصرف وجدولة المواعيد والمراسلة الآمنة مع فريقي السريري.
- أقرّ بأن وكيلي المفوض له نفس صلاحيات وامتيازات الوصول التي أملكها أو التي يحق لي الحصول عليها كمستخدم لخدمة MyNM.
- أدرك أن معلوماتي الصحية في MyNM مُستمدّة من سجلي الطبي الإلكتروني، وقد تشمل معلومات صحية من الجهات التابعة لـ NM ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين. قد تتضمن هذه المعلومات الصحية المعلومات التشخيصية، وفحوصات المختبرات، والأدوية، وحالات الحساسية، والسجل والتقييم، وخطط العلاج، ومدى التقدم العلاجي المحرز أو التواجد فيه، والملاحظات السريرية، وملخصات الخروج من المستشفى، والسجلات الأخرى المتعلقة بعلاجي. أدرك أن المعلومات الصحية التي سيتمكن وكيلي المفوض من الوصول إليها قد تشمل، حسب الاقتضاء، معلومات عما يلي: معلومات متعلّقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (HIV/AIDS)؛ والصحة السلوكية أو العقلية؛ وإعاقات النمو؛ وعلاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة (الكحول و/أو المخدرات)؛ والاختبارات والاستشارة الوراثية؛ والتلقيح الاصطناعي؛ والاعتداء و/أو العنف الجنسي؛ والعنف المنزلي لشخص بالغ من ذوي الإعاقة؛ وإساءة معاملة الأطفال وإهمالهم.
- يحق لي إلغاء صلاحية الوصول الممنوحة للوكيل المفوض في أي وقت، ويمكنني القيام بذلك من خلال MyNM، أو عبر الاتصال بـ MyNM Help Desk على الرقم 855.MYNM.HLP (855.457.6966) هاتف نصي TTY: 711. ويخالف ذلك، سينتهي هذا التفويض بعد خمس سنوات من تاريخ توقيعي.

الوقت التاريخ توقيع المريض

الوقت التاريخ توقيع (ضع دائرة حول توقيع واحد): الوصي الممثل القانوني

- لتقديم طلبك، يُرجى تسليم هذا النموذج الموقع إلى مكتب طبيبك لدى NM، أو:
1. يرجى إرساله عبر البريد الإلكتروني إلى himmedrc@nm.org
 2. أو عبر الفاكس إلى الرقم 312.926.6153
 3. الإرسال لعناية: Data Integrity, 676 North Saint Clair Street, Suite 1785, Chicago, Illinois 60611

The purpose of this form is to direct Northwestern Memorial HealthCare and its affiliates (“NM”) to provide another individual (“Proxy”) access to my protected health information (“health information”) via MyNM.

My Proxy can:

- View the same health information about me that I can view in MyNM, including diagnoses, medications, allergies, health history, treatment plans, test results, clinical notes, discharge instructions and After Visit Summaries
- Request medication refills
- Request, schedule and manage my appointments
- Send secure messages to my care team
- Utilize new functionality that may become available through MyNM in the future

Once activated, my Proxy can access my health information through their own (the Proxy’s) MyNM account. All MyNM users must read and agree to the NM Digital Services Terms and Conditions prior to use.

Patient Information *(This is the individual whose health information will be made available to the Proxy)*

First Name	Last Name	Date of Birth	
Street Address	City	State	ZIP
Phone Number	Email Address		

Proxy Information *(This is the individual who will be granted access to the patient’s health information)*

First Name	Last Name	Date of Birth	
Street Address	City	State	ZIP
Phone Number	Email Address		

Does the Proxy already have a MyNM account? (select one): Yes No Unsure

Designation of MyNM Proxy

- I am designating the individual named above under Proxy Information as my Proxy.
- I am directing NM to transmit my health information to my Proxy through MyNM and to provide access to other MyNM functionality such as refill requests, appointment scheduling and secure messaging with my clinical team.
- I understand that my Proxy will have the same access and privileges that I have or would have as a MyNM user.
- I understand that my health information in MyNM is obtained from my electronic medical record and may include health information from NM affiliates and other healthcare providers. This health information may include diagnostic information, lab tests, medications, allergies, history and assessment, treatment plans, progress or presence in treatment, clinical notes, discharge summaries and other records pertaining to my treatment. I understand that the health information my Proxy will be able to access may include, if applicable, information about the following: HIV/AIDS; behavioral or mental health; developmental disabilities; treatment for substance (alcohol and/ or drugs) use disorder; genetic testing and counseling; artificial insemination; sexual assault/abuse; domestic abuse of an adult with a disability; and child abuse and neglect.
- I have the right to revoke Proxy access at any time, and I can do so through MyNM or by calling the MyNM Help Desk at 855.HLP.MYNM (855.457.6966) TTY 711. **Otherwise, this authorization will expire five years from the date of my signature.**

Time Date Patient Signature

Time Date Signature of (check one): Guardian Legal Representative

To submit your request, provide this signed form to your NM physician’s office, or:

1. Email it to himmmedrc@nm.org
2. Fax it to **312.926.6153**
3. Mail it to **ATTN: Data Integrity, 676 North Saint Clair Street, Suite 1785, Chicago, Illinois 60611**