

الغرض من هذا النموذج هو طلب أن تقوم Northwestern Memorial HealthCare والشركات التابعة لها ("NM") بمنحي حق الوصول إلى المعلومات الصحية المحمية ("المعلومات الصحية") الخاصة بقاصر يتراوح عمره بين 0 و 11 عامًا عبر MyNM. يُسمح بهذا الوصول فقط للوالدين أو للأشخاص الذين لديهم وصاية قانونية.

يحق للوكيل القيام بما يلي:

- الاطلاع على معلومات المريض الصحية في برنامج الرعاية الطبية على 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 المواعيد
- إرسال رسائل مؤمنة لفريق الرعاية الطبية بالمريض
- الاستفادة من الخصائص الجديدة التي قد تصبح متاحة عبر MyNM في المستقبل

المعلومات الصحية للمريض في MyNM مُستمدة من السجل الطبي الإلكتروني للمريض، وقد تشمل معلومات صحية من الجهات التابعة لـ NM ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين.

بمجرد تفعيل الصلاحية، سيتمكن الوكيل من الوصول إلى المعلومات الصحية الرقمية الخاصة بالمريض القاصر من خلال حسابه الشخصي على MyNM. ينبغي لجميع مستخدمي MyNM قراءة شروط وأحكام الخدمات الرقمية لـ NM و الموافقة عليها قبل الاستخدام.

معلومات الوكيل المفوض (وهو الوالد أو الوصي الذي سُمح حق الوصول إلى المعلومات الصحية الخاصة بالمريض القاصر)

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

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

معلومات المريض القاصر (وهو المريض القاصر الذي سُمح معلوماته الصحية للوكيل)

الاسم الأول	اسم العائلة	تاريخ الميلاد
<input type="checkbox"/> ضع علامة هنا إذا كان عنوان القاصر ورقم هاتفه مطابقين للعنوان ورقم الهاتف الخاصين بالوكيل المذكور أعلاه إذا كان عنوان القاصر مختلفًا عما ورد أعلاه، يُرجى استكمال البيانات أدناه:		
عنوان الشارع	المدينة	الولاية
رقم الهاتف		الرمز البريدي

علاقة الوكيل بالمريض القاصر: والد/والدة وصي قانوني*

*يُطلب تقديم مستندات قانونية. يُرجى إرفاق المستندات المطلوبة إذا كنت تُقدّم الطلب عبر البريد العادي، أو الفاكس، أو البريد الإلكتروني.

يمكن إلغاء صلاحية وصول الوكيل عبر الاتصال بـ MyNM Help Desk على الرقم 855.HLP.MYNM (855.457.6966) هاتف نصي TTY: 711. وبخلاف ذلك، سنتحول صلاحية الوصول الكاملة للوكيل إلى صلاحية وصول محدودة عندما يبلغ المريض سن 12 عامًا، امتثالاً لقوانين الخصوصية المعمول بها في الولاية. سنتتهي صلاحية الوصول المحدودة للوكيل عند بلوغ المريض سن 18 عامًا.

لتقديم طلبك، يُرجى تسليم هذا النموذج 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

MYNM MINOR PROXY FORM

Request for MyNM Proxy (Full Access) for a Minor Patient Age 0–11

The purpose of this form is to request Northwestern Memorial HealthCare and its affiliates (“NM”) provide me access to the protected health information (“health information”) of a minor age 0–11 via MyNM. **This access is only permitted for parents or individuals with legal guardianship.**

A proxy can:

- View health information about the patient 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 appointments
- Send secure messages to the patient’s care team
- Utilize new functionality that may become available through MyNM in the future

Health information in MyNM is obtained from the patient’s electronic medical record and may include health information from NM affiliates and other healthcare providers.

Once activated, the proxy will access the minor patient’s digital health information through their own MyNM account. All MyNM users must read and agree to the NM Digital Services Terms and Conditions prior to use.

Proxy Information *(This is the parent or guardian who will be granted access to the minor 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

Minor Patient Information *(This is the minor patient whose health information will be made available to the proxy)*

First Name	Last Name	Date of Birth
------------	-----------	---------------

Check here if the minor’s address and phone number is the same as that provided for the proxy above

If the minor’s address is different from above, please complete below:

Street Address	City	State ZIP
Phone Number		

Proxy Relationship to Minor Patient: Parent Legal Guardian*

**Legal documents may be required. Please attach documentation if you are submitting by mail, fax, or email.*

Proxy access can be revoked by calling the MyNM Help Desk at 855.HLP.MYNM (855.457.6966) TTY 711. Otherwise, full proxy access will convert to limited access when the patient reaches age 12 in compliance with state privacy laws. Limited proxy access will expire when the patient reaches age 18.

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

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