FORMULARZ O UDZIELENIE PEŁNOMOCNICTWA W STOSUNKU DO MAŁOLETNIEGO Z DOSTĘPEM PRZEZ PORTAL MYNM

PROŚBA UŻYTKOWNIKA PORTALU MYNM O PEŁNOMOCNICTWO (Z PEŁNYM DOSTĘPEM) W PRZYPADKU PACJENTA W WIEKU 0-11 LAT

Celem tego formularza jest prośba wystosowania do Northwestern Memorial HealthCare i jego podmiotów powiązanych („NM”) o udzielenie mi dostępu do chronionych informacji zdrowotnych („informacje zdrowotne”) małoletniego w wieku 0-11 lat poprzez portal MyNM. **Taki dostęp jest dozwolony jedynie dla rodziców lub osób będących prawnymi opiekunami dziecka.**

Pełnomocnik może:

- przeglądać w portalu NM informacje zdrowotne o pacjencie, w tym o: rozpoznaniach, lekach, alergiach, wywiadzie medycznym, planach leczenia, wynikach badań, zapiskach klinicznych oraz instrukcjach udzielanych przy wypisie a także podsumowaniach po wizycie przekazywanych pacjentowi (After Visit Summaries);
- poprosić o powtórzenie recept;
- poprosić, umówić i zmieniać wizyty;
- wysyłać zabezpieczone wiadomości do zespołu opieki medycznej nad pacjentem;
- wykorzystywać nowe funkcje, które mogą stać się dostępne w portalu MyNM w przyszłości.

Informacje zdrowotne w portalu MyNM uzyskuje się z elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta i mogą one obejmować informacje pozyskane od podmiotów powiązanych z NM oraz innych świadczeniodawców.

Po aktywacji pełnomocnik będzie miał dostęp do zapisanej cyfrowo dokumentacji medycznej pacjenta poprzez swoje własne konto w portalu MyNM. Wszyscy użytkownicy MyNM muszą przeczytać i zgodzić się na zasady i warunki usług cyfrowych świadczonych przez ten portal (NM Digital Services Terms and Conditions) przed korzystaniem z nich.

Informacje o pełnomocniku *(jest nim rodzić lub opiekun, któremu przyzna się dostęp do informacji zdrowotnych małoletniego pacjenta)*

Imię | Nazwisko | Data urodzenia

Adres zamieszkania | Miasto | Stan | ZIP

Numer telefonu | Adres e-mailowy

Czy pełnomocnik posiada już konto w MyNM? (proszę wybrać jedno): ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie mam pewności

Informacje o małoletnim pacjencie *(jest nim małoletni pacjent, którego informacje zdrowotne staną się dostępne dla pełnomocnika)*

Imię | Nazwisko | Data urodzenia

☐ Proszę zaznaczyć, jeśli adres i numer telefonu małoletniego są takie same jak te, które przekazał powyżej pełnomocnik

Jeśli adres małoletniego jest inny niż przekazany powyżej, proszę wypełnić poniższe pola:

Adres zamieszkania | Miasto | Stan | ZIP

Numer telefonu

Relacja pełnomocnika względem małoletniego pacjenta: ☐ Rodzic ☐ Opiekun prawny*

**Wymagana jest dokumentacja prawna. Proszę ją dołączyć, jeśli wniosek kierowany jest za pomocą poczty, faksem lub emaila.*

Dostęp pełnomocnika można cofnąć, dzwoniąc do infolinii MyNM pod numer 855.HLP.MYNM (855.457.6966); nr wewnętrzny dla telefonu tekstowego (TTY) to 711. Poza tym, zgodnie z przepisami stanowymi dotyczącymi zachowania prywatności, pełen dostęp pełnomocnika ulegnie zmianie na dostęp ograniczony po osiągnięciu przez pacjenta 12 roku życia. Ograniczony dostęp pełnomocnika wygaśnie po ukończeniu przez pacjenta 18 roku życia.

W celu przesłania swojego wniosku proszę przekazać ten podpisany formularz w gabinecie lekarza NM lub:

1. Przesłać go e-mailem na adres himmedrc@nm.org
2. Wysłać faksem pod numer **312.926.6153**
3. Wysłać pocztą na adres **ATTN: Data Integrity, 676 North Saint Clair Street, Suite 1785, Chicago, Illinois 60611**

Northwestern Medicine®

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