



Gracias por su interés en MyChart, una herramienta en línea fácil de usar que le proporciona acceso fácil y seguro a su información de salud con DuPage Medical Group desde cualquier lugar en cualquier momento.

Instrucciones para llenar este Formulario

Para inscribirse y tener acceso a su información de salud en MyChart, sírvase llenar este Formulario de inscripción y devolverlo a su clínica o a la dirección que aparece abajo. Si desea acceso a la información en MyChart de su niño u otro adulto, sírvase solicitar a su clínica el formulario correspondiente o descargelo de **www.mychart.dupagemedicalgroup.com**.

Devuelva los formularios a su clínica o a DuPage Medical Group, HIM Department, 809 Ogden Avenue, Lisle, IL 60532 o por fax a 630-324-2933.

Su información (Se deben llenar todas las secciones – por favor escriba en letra de molde con claridad).

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre). _____ Fecha de nacimiento _____
Últimos 4 dígitos del Número del Seguro Social _____ Correo electrónico _____
El Número del Seguro Social completo del paciente debe estar en los archivos de DMG para activar una cuenta MyChart
Dirección física _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal (Zip) _____
Número telefónico _____ Médico primario _____

Términos y acuerdo de MyChart

- Comprendo que MyChart tiene el propósito de ser una fuente segura en línea de información médica confidencial. Si comparto mi identificación y contraseña para MyChart con otra persona, esa persona podrá ver mi información médica o la de mi niño y la información médica de alguien que me haya autorizado como un apoderado para MyChart.
- Acepto que es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantener mi contraseña de forma segura y cambiar mi contraseña si considero que ha sido comprometida de cualquier forma.
- Comprendo que MyChart contiene información médica selecta limitada, del expediente médico de un paciente y que MyChart no refleja el contenido completo del expediente médico. Comprendo asimismo que se puede solicitar una copia impresa del expediente médico de un paciente a la clínica del paciente
- Comprendo que mis actividades dentro de MyChart pueden ser rastreadas por auditoría computarizada y que mis entradas podrían llegar a formar parte del expediente médico del paciente.
- Comprendo que el acceso a MyChart es facilitado por DuPage Medical Group para comodidad de sus pacientes y que DuPage Medical Group tiene derecho a desactivar el acceso a MyChart en cualquier momento por cualquier motivo. Comprendo que el uso de MyChart es voluntario y no estoy obligado a usar MyChart ni a autorizar un apoderado para MyChart.
- Comprendo que aunque únicamente sea un paciente de DuPage Medical Group o Edward Hospital and Health Services, la información acerca de mi salud será compartida con el otro proveedor debido a que ambos proveedores comparten conjuntamente MyChart.
- Al firmar al pie reconozco que he leído y comprendido este Formulario de inscripción de MyChart y acepto sus términos.



Firma del paciente



Fecha (requerida)

