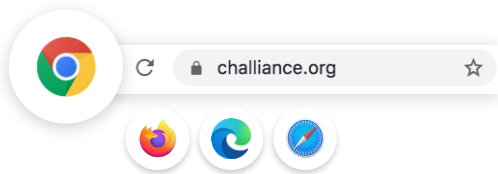




Patient User Guide

Registro electrónico en MyChart

- 1 En su computadora, vaya a **MyCHArt** desde el sitio web de CHA en el navegador Chrome.



*Se prefiere el navegador Chrome.
Compatible con Mozilla Firefox,
Microsoft Edge y Apple Safari.



¿Necesita ayuda?

Llame a Gestión de Información de Salud (HIM) al (617) 381-7266 de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 4:30 P. M. ET

Escríbanos a mycharthelp@challiance.org

Use nuestro formulario en línea: <https://www.challiance.org/help-center/mychart-contact-us-form>




Patient User Guide

a Escriba su usuario y contraseña

SIGN IN

b Seleccione "Appointments And Visits" (Citas y Visitas)



Visits
Appointments and Visits
Schedule an Appointment

c Haga clic en "eCheck In"

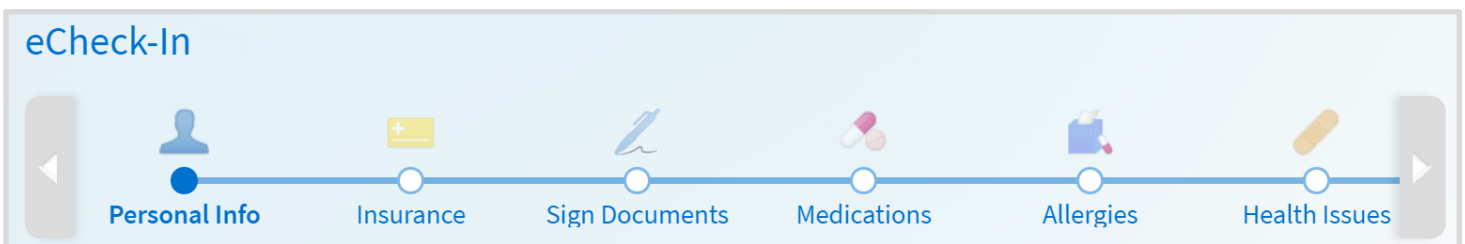
JUL 17
Fri

OFFICE 40 NEW with Erika Swanson, PA-C
⌚ **Arrive by 10:45 AM EDT**
Starts at 11:00 AM EDT (40 minutes)

CHA Primary Care - Broadway Care Center
300 Broadway
Somerville MA 02145-2935
617-591-6900


ECHECK-IN
DETAILS
🔄 Reschedule Appointment
✖ Cancel Appointment

d Pasos de eCheck In para MyChart: Información del paciente, Garante, Seguro, Documentos, Medicamentos, Alergias, Problemas de salud, Evaluación de viaje, Cuestionarios y Código de barras



¿Necesita ayuda?

Llame a Gestión de Información de Salud (HIM) al (617) 381-7266 de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 4:30 P. M. ET


Escríbanos a mycharthelp@challiance.org

Use nuestro formulario en línea: <https://www.challiance.org/help-center/mychart-contact-us-form>







Patient User Guide

e Revisar/editar información de contacto ("Contact Information")


Contact Information 

330 Highland St
SOMERVILLE MA 02143
[Add a Temporary Address](#)

 617-555-1111
 708-789-5800
 *Not entered*
 josramirez@challianc...

EDIT

f Revisar/editar mis datos ("About me")

Details About Me 

Preferred Name <i>Not entered</i>	Legal Sex ⓘ Female
Gender Identity Female	Sex Assigned at Birth Female
Sexual Orientation Choose not to disclose	Marital Status Married
Race White	Ethnicity Not Hispanic, Latino/a, or Spanish origin
Ethnic Background Mexican	Language English
Religion Catholic	

EDIT

g Una vez revisada/editada la información, haga clic en la casilla "This information is correct" (Información correcta). Luego, haga clic en el botón "Next" (Siguiente).

This information is correct

NEXT **FINISH LATER**

¿Necesita ayuda?

Llame a Gestión de Información de Salud (HIM) al (617) 381-7266 de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 4:30 P. M. ET
Escríbanos a mycharthelp@challiance.org
Use nuestro formulario en línea: <https://www.challiance.org/help-center/mychart-contact-us-form>



Patient User Guide


h Revisar/actualizar/eliminar cobertura y agregar imágenes de la tarjeta del seguro


i Agregar nueva cobertura e imágenes de la tarjeta del seguro


Bcbs - Ma
Bcbs - Hmo


Subscriber Name
Yyroar, Jghe One

Subscriber Number
123456789

 **ADD INSURANCE CARD PHOTOS**
Uploading images of your card now will help speed up the check-in process for your next visit.

 Update coverage

 Remove coverage

 **ADD A COVERAGE**

j Una vez revisada/editada la información, haga clic en la casilla "This information is correct" (Información correcta). Luego, haga clic en el botón "Next" (Siguiendo).

This information is correct

NEXT

FINISH LATER

¿Necesita ayuda?

Llame a Gestión de Información de Salud (HIM) al (617) 381-7266 de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 4:30 P. M. ET
Escríbanos a mycharthelp@challiance.org
Use nuestro formulario en línea: <https://www.challiance.org/help-center/mychart-contact-us-form>



Guía de usuario del paciente

k Haga clic en "Review and Sign" para revisar y firmar los documentos

l Si firmó anteriormente el Formulario de consentimiento y registros electrónicos, no aparecerá en la lista

<p>E- ENGLISH AMBULATORY SERVICES CONSENT FOR TREATMENT</p> <p>Not Signed Yet</p> <p>REVIEW LATER REVIEW AND SIGN</p>	<p>E-ENGLISH INSURANCE WAIVER</p> <p>Not Signed Yet</p> <p>REVIEW LATER REVIEW AND SIGN</p>
<p>E- ENGLISH- ELECTRONIC MEDICAL RECORD CONSENT</p> <p>Not Signed Yet</p> <p>REVIEW LATER REVIEW AND SIGN</p>	

m Revise el documento

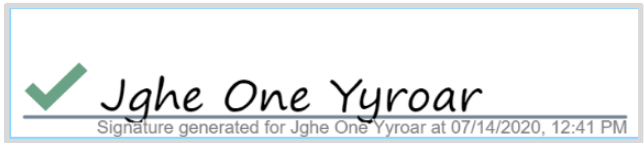
n Haga clic para firmar y continuar

E- ENGLISH AMBULATORY SERVICES CONSENT FOR TREATMENT

understand. We are here to help you.

When you feel you understand and agree, please sign this paper.

1. Some of the people who treat me may be students or doctors in training, however there is always I have the right to say no to care by any doctor, nurse or other health caregiver.
2. If it is not an emergency, I can say no to any caregiver and any treatment. But if I am having a n me before I give permission.
3. I understand that my provider will submit prescriptions electronically to my pharmacy. My prov me by pharmacies, including medications prescribed by other providers. This process helps pre best and safest care possible.



o Una vez firmados los documentos, haga clic en el botón "Next" (Siguiente)

Once this step is completed, documents will be submitted for clinic review.

[BACK](#) [NEXT](#) [FINISH LATER](#)


¿Necesita ayuda?

Llame a Gestión de Información de Salud (HIM) al (617) 381-7266 de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 4:30 P. M. ET
Escríbanos a mycharthelp@challiance.org
Use nuestro formulario en línea: <https://www.challiance.org/help-center/mychart-contact-us-form>



Guía de usuario del paciente

p Revisar/eliminar medicamentos

aspirin-acetaminophen-caffeine 250-250-65 MG
per tablet 

Commonly known as: EXCEDRIN MIGRAINE

 Learn more

Take 250 tablets by mouth 2 (two) times daily test
notes

 Remove

q Agregar nuevos medicamentos

 ADD A MEDICATION

r Una vez revisada/editada la información, haga clic en la casilla "This information is correct" (Información correcta). Luego, haga clic en el botón "Next" (Siguiente).

This information is correct

NEXT

FINISH LATER

¿Necesita ayuda?

Llame a Gestión de Información de Salud (HIM) al (617) 381-7266 de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 4:30 P. M. ET


Escríbanos a mycharthelp@challiance.org


Use nuestro formulario en línea: <https://www.challiance.org/help-center/mychart-contact-us-form>




Guía de usuario del paciente

p Revisar/eliminar alergias



Pollen Extract
Cough
Added 6/17/2020
 Learn more

q Agregar nuevas alergias

 ADD AN ALLERGY

r Una vez revisada/editada la información, haga clic en la casilla "This information is correct" (Información correcta). Luego, haga clic en el botón "Next" (Siguiente).

This information is correct

NEXT **FINISH LATER**

¿Necesita ayuda?

Llame a Gestión de Información de Salud (HIM) al (617) 381-7266 de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 4:30 P. M. ET

Escríbanos a mycharthelp@challiance.org

Use nuestro formulario en línea: <https://www.challiance.org/help-center/mychart-contact-us-form>



Guía de usuario del paciente

s Revisar/eliminar problemas de salud

Diabetes mellitus (HCC)

Added 1/1/2015

 Learn more

t Agregar nuevos problemas de salud


+ ADD A HEALTH ISSUE

u Una vez revisada/editada la información, haga clic en la casilla "This information is correct" (Información correcta). Luego, haga clic en el botón "Next" (Siguiente).

This information is correct

NEXT

FINISH LATER

¿Necesita ayuda?

Llame a Gestión de Información de Salud (HIM) al (617) 381-7266 de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 4:30 P. M. ET

Escríbanos a mycharthelp@challiance.org

Use nuestro formulario en línea: <https://www.challiance.org/help-center/mychart-contact-us-form>



Guía de usuario del paciente

s Revisar historial de viaje

China
July 1 - 4, 2020
Number of days: 4



t Agregar nuevo historial de viaje

 **+** ADD A TRIP

u Una vez revisada/editada la información, haga clic en la casilla "This information is correct" (Información correcta). Luego, haga clic en el botón "Next" (Siguiente).

This information is correct

NEXT

FINISH LATER

¿Necesita ayuda?

Llame a Gestión de Información de Salud (HIM) al (617) 381-7266 de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 4:30 P. M. ET

Escríbanos a mycharthelp@challiance.org

Use nuestro formulario en línea: <https://www.challiance.org/help-center/mychart-contact-us-form>



Guía de usuario del paciente

V Cuestionario completo

* Do you have any of the following symptoms?
Select all that apply.

None of these Abdominal pain Bruising or bleeding Chills Cough Diarrhea Fever

Joint pain Loss of smell Loss of taste Muscle pain Rash Red eye Severe headache

Shortness of breath Sore throat Vomiting Weakness

* In the last month, have you been in contact with someone who was confirmed or suspected to have Coronavirus / COVID-19?

Yes No / Unsure

W Una vez editada la información, haga clic en el botón "Continue" (Continuar)

CONTINUE FINISH LATER CANCEL

X Una vez revisadas las respuestas, haga clic en el botón "Submit" (Enviar)

Question	Answer	
Do you have any of the following symptoms?	None of these	
In the last month, have you been in contact with someone who was confirmed or suspected to have Coronavirus / COVID-19?	No / Unsure	

BACK SUBMIT FINISH LATER CANCEL

¿Necesita ayuda?

Llame a Gestión de Información de Salud (HIM) al (617) 381-7266 de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 4:30 P. M. ET

Escríbanos a mycharthelp@challiance.org

Use nuestro formulario en línea: <https://www.challiance.org/help-center/mychart-contact-us-form>



Guía de usuario del paciente

- y** Ha completado el registro electrónico en MyChart. Haga clic en el botón "Print" para imprimir esta confirmación. Una vez que haya revisado la información, podrá desconectarse.





eCheck-In Complete



Thanks for using eCheck-In!

The information you've submitted is now on file. Scan this barcode at the check-in kiosk when you arrive to save time. You can use the MyCHART app or a printed barcode.

When you arrive, you may need to:

-  Scan Insurance Card
-  Sign Documents
-  Complete Your MSPQ
-  Verify Emergency Contacts



1000028310

[PRINT YOUR BARCODE](#)

[BACK TO APPOINTMENT DETAILS](#)

¿Necesita ayuda?

Llame a Gestión de Información de Salud (HIM) al (617) 381-7266 de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 4:30 P. M. ET

Escríbanos a mycharthelp@challiance.org

Use nuestro formulario en línea: <https://www.challiance.org/help-center/mychart-contact-us-form>