

Forma de solicitud y autorización para acceso al portal en su representación del Paciente

(Patient Portal Proxy Access Request and Authorization Form)
(Español)

1. Información del Paciente:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Nombre Inicial del Segundo Nombre Apellido

Dirección: _____ No. de Expediente Médico: _____
Dirección Ciudad, Estado Apartado Postal (Opcional)

2. Información de Representante: (Persona a quien se autoriza a la divulgación del expediente de salud del portal del paciente)

Nombre del Representante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre

Dirección: _____ No. de Teléfono: _____
Dirección Ciudad, Estado Apartado Portal

Correo Electrónico (Email): _____

¿El representante tiene una cuenta activa a un portal como paciente? Si No

3. Por favor marque un de los casilleros a continuación que mejor describe el acceso al expediente requerido. (Por favor sepa que para el acceso a todo tipo de expediente, la hoja clínica del paciente será visitada a través del portal de la cuenta de la hoja clínica del paciente.)

Paciente Adulto

Acceso a otro portal del paciente para el expediente de salud de un adulto.

(Nota Ésta sección también aplica a Menores Emancipados. Los Menores Emancipados deben de proporcionar prueba de emancipación.)

Seleccione uno:

Paciente Adulto Capacitado:

- El paciente deberá de firmar esta forma para autorizar la divulgación de su información médica.
- La autorización para acceso al portal por un representante es válida hasta que es revocada por el paciente.
 Acceso completo Sólo para leerse

Tutor Legal de un Paciente Adulto: (Los adultos quien tiene una relación sustituta con otro adulto a través de una disposición legal.)

Seleccione la opción abajo mencionada que mejor describa la

Tutoría Legal: Tutor Legal (orden de la corte) Poder Legal para Cuidado de Salud Otro _____

- Si es el tutor legal o si tiene un poder legal permanente para el cuidado de salud de esta paciente, esta solicitud debe

Paciente Menor de Edad

Acceso al portal del paciente para el expediente de salud de su hijo menor de edad.

- Las personas solicitando acceso deben de tener Derechos Parentales o derechos de Custodia Legal.

Mi relación con el niño es:

Padres Tutor Legal permanente del paciente – Debe de adjuntar una copia de la orden judicial del nombramiento de tutor legal y de los documentos de la custodia legal verificando el estatus para el acceso como tutor legal permanente del paciente.

Seleccione uno:

Paciente menor de edad (Edades 0-12): Se le otorgará acceso completo al expediente de su hijo hasta que el menor cumpla 13 años de edad.

Paciente menor de edad (Edades de 13-17): (Acceso al registro del portal del paciente de su hijo adolescente).

<p>acompañar de una copia del documento legal para verificar su autoridad para tener acceso a la información médica del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Debe de notificar a nuestra entidad de cuidado de salud inmediatamente en caso de cualquier cambio en la autoridad. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mercy Clinics requiere pacientes con edades de 13 a 17 que indique expresamente si permiten al Padre(s) o tutor legal(es) para tener acceso a las partes de la información médica del paciente especialmente protegido por las leyes estatales mediante la lectura y la firma de esta autorización. La información protegida incluye el tratamiento relacionado con reproducción, enfermedad de transmisión sexual, salud mental, y abuso de sustancias. ● Cuando el paciente cumple los 19 años de edad, el acceso de los padres/tutor legal deja de tener vigencia.
---	--

La autorización:

- Al firmar esta solicitud para acceso, entiendo que yo estoy dando mi permiso para que esta entidad a revele mi expediente de salud protegido (PHI por sus iniciales en inglés) a través del portal de mi paciente, a mi representante. La información incluye, pero no se limita a, el contenido de la salud, la lista de problemas médicos actuales, los medicamentos actuales, los resultados de laboratorio, información de la cita.
- La información disponible en mi representación podrá incluir la información relacionada con (1) el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), (2) tratamiento por el abuso de drogas o alcohol, (3) enfermedades de transmisión sexual, o (4) salud mental o de comportamiento o de atención psiquiátrica.
- Esta solicitud da el acceso de los expedientes que fueron creados o se encuentran vigentes en o antes de la fecha de la firma del actual formulario, así como los registros que se crean después de la fecha de la firma del presente formulario.
- Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Si quiero dejar sin efecto esta autorización, debo hacerlo por escrito. Entiendo que tal revocación no tendrá ningún efecto sobre cualquier información ya liberada a mi representante.
- Entiendo que la información divulgada de acuerdo con esta autorización puede ser revelada por el destinatario y, ya no está protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.
- Puedo negarme a firmar esta autorización y entiendo que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento. Si me niego a firmar esta autorización, el acceso a mi cuenta en el portal del paciente no se le concederá.

Al firmar a continuación, los padres reconocen y están de acuerdo que:

- Utilizaré mi propia cuenta en el portal de mi paciente de la entidad para acceder a la cuenta del portal del paciente de mi hijo.
- Tengo el Derechos de los Padres o de Tutor Legal para acceso de este expediente del niño.
- No se me han negado períodos de estadía física con el niño y no hay órdenes judiciales o órdenes de alejamiento en vigor que limitan mi acceso a los expedientes y/o información médica del niño.
- Los comunicados en relación del niño/menor a través del portar del paciente deben ser enviados del registro del niño y las respuestas se recibirán en el expediente del niño. Las alertas de correo electrónico del portal del paciente dirigidos a la dirección de correo electrónico indicadas bajo la información de los padres/tutor legal.
- Para un niño de 0 a 12 años, que le concederá acceso total al expediente del portal del niño como paciente. En el cumpleaños de los 13 años, Yo ya no tendré acceso al expediente en el portal del paciente a menos que el niño me autorice al acceso a cualquier información especialmente protegida mediante la lectura y la firma de una solicitud como representante al acceso y la forma de autorización.

Tutores Legales:

Cualesquier documento, si los hay, se me han proporcionado en apoyo de mi derecho a acceder a la información protegida de la salud del paciente, son copias fieles y exactas y son los documentos más recientes relacionados con este asunto. Cuando mi autoridad legal para actuar por parte del paciente quede inactiva, revocada, cancelada, o ha vencido, debo de notificar inmediatamente a Mercy Clinics por escrito del cambio en autoridad y enviado al Departamento de la Administración de Información de Salud.

Firmas para Confirmación y Autorización:

Firma del paciente (Es obligatoria si el paciente adulto capaz o el paciente menor de edad 13 a 18 años) o la **Firma del padre/tutor legal:**

Al firmar al calce, Yo reconozco y estoy de acuerdo que:

- Cumpliré con los términos, y la página de condiciones en el portal del paciente, y este documento.

X _____
Firma de Paciente, Padres, o Tutor Legal (Requerida) _____
Relación con el Paciente (Requerida) _____
Fecha (Required)

Representante: Al firmar al calce, Yo reconozco y estoy de acuerdo a:

- Que estaré usando mi propia cuenta del portal del paciente para acceder la cuenta del portal del paciente.
- Cumpliré con los términos y condiciones de acuerdo a los Términos Y Condiciones en el portal del paciente.
- El paciente puede revocar mi acceso a la cuenta en el portal en cualquier momento.

X _____
Firma del Representante (Requerida) _____
Relación con el Paciente(Requerida) _____
Fecha (Required)