



Acceso de apoderado de MyHealth Solicitud y Autorización

PATIENT LABEL HERE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Teléfono Primario: (____) _____

Correo electrónico del paciente (14 años o más): _____

PERSONA QUE SOLICITA ACCESO A MYHEALTH (APODERADO)

"Apoderado" es un adulto al que se le autoriza acceso a la cuenta de MyHealth de un paciente (por lo general, un padre o tutor legal). Si un paciente tiene 14 años o más, debe autorizar el acceso como apoderado. El acceso de apoderado para pacientes mayores de 18 años con discapacidad intelectual requiere documentación que demuestre que usted es el tutor legal o representante de atención médica del paciente. El acceso de apoderado se puede revocar en cualquier momento.

Nombre de representante: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Teléfono Primario: (____) _____

Correo electrónico del representante: _____ SSN: _____

Domicilio: _____ Ciudad Estado Código

ACCESO A MYHEALTH SOLICITADO (marque uno)

- Padre/tutor legal que solicita acceso de un niño menor de 13 años o menos... (El acceso se revoca automáticamente a los 14 años)
Padre/tutor legal que solicita acceso de un adolescente de 14 a 17 años... (Se requiere la autorización del paciente a continuación)
Adulto que solicita el acceso de un paciente adulto mayor de 18 años... (Se requiere la autorización del paciente a continuación)
Solicitar acceso de joven 14-17 años, con discapacidad intelectual... (Se requiere documentación legal o* autorización del proveedor)
Solicitar acceso de paciente adulto mayor de 18 años, con discapacidad intelectual... (Se requiere documentación legal)

CONSENTIMIENTO Y FIRMA

He leído y acepto lo siguiente: (1) Este acuerdo no afecta la capacidad del paciente para obtener servicios de atención médica; (2) El acceso a MyHealth se puede revocar en cualquier momento; (3) Cualquier acción realizada en MyHealth puede convertirse en parte del registro médico permanente del paciente; (4) MyHealth puede no reflejar registros médicos completos; (5) El representante puede acceder a todos los registros médicos a menos que el paciente solicite lo contrario en el momento del servicio. Esto puede incluir, entre otros, resultados y/o diagnósticos de pruebas de VIH; diagnóstico y/o tratamiento de salud mental o del comportamiento; información sobre pruebas genéticas; otros resultados de pruebas y/o diagnósticos de enfermedades de transmisión sexual; e información de diagnóstico, tratamiento o referencia de drogas/alcohol; (6) La ley federal puede restringir la divulgación de información médica protegida. Una vez divulgada, es posible que las leyes de apoderado y privacidad la vuelvan a divulgar y es posible que no protejan su información.

X Firma del Paciente/ Padre/ Representante Legal Relación con el Paciente Fecha

X Firma del PACIENTE (Obligatorio si es mayor de 14 años) Nombre del paciente (impreso) Fecha

SOLO USO DE OFICINA

- Parent/Legal Guardian accessing child under 18 yrs Adult accessing adult patient Intellectual disability (provider authorized)

*Provider Name (printed): _____ Provider Signature:: _____ Date: ____/____/____

Access activated on ____/____/____ by (staff name printed): _____