Health Ministries Clinic
COMMUNITY HEALTH CENTER

FORMULARIO DE SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE ACCESO DEL APODERADO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente:_____ Fecha de Nacimiento:___/___/____
Apellido Nombre Inicial MM/DD/AA

Dirección: _____
Número Calle Ciudad Estado Código postal

INFORMACIÓN DEL APODERADO:

El apoderado es una persona autorizada a la que se le concede acceso al Portal del Paciente, incluidos, pero no limitados a, un padre o guardián legal, un cuidador familiar, un asistente de salud en el hogar o un poder notarial de atención médica

Nombre del Apoderado: _____Fecha de Nacimiento:___/___/_____
Apellido Nombre Inicial MM/DD/AA

_____ _____
Número de Teléfono Correo Electrónico

POR FAVOR MARQUE LA CASILLA ABAJO QUE MEJOR DESCRIBE LA SOLICITUD DE ACCESO DEL APODERADO

(Por favor, tenga en cuenta que, para todos los tipos de acceso del apoderado, se accederá al historial del paciente a través de la cuenta del apoderado en el Portal del Paciente).

PACIENTE ADULTO: ☐ **ACCESSO COMPLETO**

Acceso al historial médico de otro adulto en el Portal del Paciente. (Esto también se aplica a los menores emancipados. Los menores deben presentar una prueba de emancipación).

☐ **PACIENTE ADULTO CAPAZ:** El paciente debe firmar este formulario para autorizar la divulgación de su información médica. La autorización de acceso del apoderado es válida hasta que sea revocada por el paciente.

☐ **GUARDIÁN LEGAL DEL PACIENTE ADULTO:** Adultos que tienen una relación de subrogación con otro adulto mediante un acuerdo legal.

SELECCIONE A BAJO LA OPCIÓN QUE MEJOR DESCRIBA LA CUSTODIA:

☐ Guardián legal (orden de la corte).
☐ Poder Notarial para Atención Médica
☐ Otros: _____

- Si usted es el guardián legal o tiene un poder notarial duradero para la atención médica de este paciente, entonces esta solicitud debe ir acompañada de una copia de la documentación legal que verifique nuestra autoridad para tener acceso a la información médica del paciente.
- Debe notificar inmediatamente a Health Ministries Clinic cualquier cambio de autoridad.

PACIENTE ADOLESCENTE-MENOR: ☐ **ACCESSO COMPLETO** ☐ **LIMITADO**

Acceso al historial médico del menor en el Portal del Paciente. Las personas que soliciten el acceso deben tener la patria potestad / custodia legal.

MI RELACIÓN CON EL MENOR ES:

☐ Padres
☐ Guardián legal
- Debe incluir una copia de la Orden Judicial de Nombramiento del Guardián y de las Cartas de Custodia que verifiquen el estatus del Apoderado como guardián legal permanente del paciente.

Seleccione uno:

☐ **Paciente Menor entre 14 y 17 años:** Acceso al registro de su hijo adolescente en el Portal del Paciente.
- Health Ministries Clinic requiere que los pacientes entre 14 y 17 años indiquen específicamente si permiten que sus padres o guardianes tengan acceso a las porciones de la información médica del paciente especialmente protegidas bajo las leyes estatales, esto incluye información sobre reproducción, enfermedades de transmisión sexual, salud mental y abuso de sustancias, firmando un formulario de acuerdo por separado.
- Cuando el paciente cumpla 18 años, se desactivará el acceso de los padres.

Health Ministries Clinic
COMMUNITY HEALTH CENTER

Autorización:

- Al firmar esta solicitud del apoderado, entiendo que estoy permitiendo que Health Ministries Clinic, Inc. divulgue mi información de salud protegida (PHI) a través del Portal del Paciente a mi apoderado. La información incluye, pero no se limita a resumen de salud, lista de problemas actuales, medicamentos actuales, resultados de laboratorio, e información de citas incluyendo notas del proveedor. Dándole a mi apoderado **Acceso Completo** entiendo que mi apoderado tendrá acceso completo a mi portal del paciente. Dándole a mi apoderado **Acceso Limitado** entiendo que mi apoderado solo tendrá acceso a, mi doctor, resumen dental, gráfica de crecimiento, buzón de correo y horario de la clínica.
- La información disponible para mi apoderado puede incluir información relacionada con (1) síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), (2) tratamiento por abuso de drogas o alcohol, (3) enfermedades de transmisión sexual, (4) salud mental o conductual o atención psiquiátrica, (5) pruebas de embarazo o (6) planificación familiar.
- Esta solicitud del apoderado incluye los registros creados o existentes en la fecha de firma de este formulario o antes, así como los registros creados después de la fecha de firma de este formulario.
- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Si deseo revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito. Entiendo que dicha revocación no tendrá ningún efecto sobre la información ya divulgada a mi apoderado.
- Entiendo que la información divulgada en conformidad con esta autorización puede volver a ser divulgada por el receptor y dejar de estar protegida por las leyes de privacidad Federales o del Estado de Kansas.

Al firmar abajo, el apoderado reconoce y acepta que:

- Usaré mi propia cuenta del portal en Health Ministries Clinic para acceder a la cuenta del portal del paciente arriba mencionado (es decir, Portal del Paciente o aplicación Healow).
- Para menores:
  - Tengo la patria potestad o la custodia legal para acceder al registro de este menor
  - El sistema judicial no me ha negado períodos de colocación física para este menor.
  - Las comunicaciones deben enviarse desde el registro del menor y las respuestas se recibirán en el registro del menor. Las alertas del portal se enviarán a la dirección de correo electrónico indicada en la Información de los Padres/Guardián Legal ("Apoderado").

Guardianes Legales:

Cualquier documento, si alguno, que yo haya entregado en apoyo de mi derecho a tener acceso a la información de salud protegida del paciente, son copias verdaderas y correctas y son los documentos más recientes relacionados con este asunto. Cuando mi autoridad legal para actuar en nombre del paciente haya sido inactivada, revocada, terminada o expirada, debo notificar inmediatamente a Health Ministries Clinic por escrito el cambio de autoridad y enviarlo por correo al Departamento de Administración de Información de salud.

☐ Al marcar esta casilla, reconozco que no puedo acceder al portal del paciente y que rechazo el uso del acceso del apoderado.

Paciente: Al firmar abajo, reconozco y acepto que:

- Esta solicitud del apoderado es efectiva hasta que se desactive mi cuenta en el Portal del Paciente, se revoque el acceso al apoderado o expire en esta fecha específica: _____
- Cumpliré con los términos y condiciones indicados en este documento.

X_____ _____
Firma del Paciente (Requerida) Fecha (Requerida)

Apoderado: Al firmar abajo, reconozco y acepto que:

- Usaré mi propia cuenta del "Portal del Paciente" para acceder a la cuenta del "Portal del Paciente" del paciente.
- Cumpliré con los términos y condiciones indicados en este documento.
- El paciente puede revocar mi acceso a su cuenta del "Portal del Paciente" en cualquier momento.

X_____ _____ _____
Firma del Apoderado (Requerida) Relación con el Paciente (Requerida) Fecha (Requerida)