



FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACCESO DE APODERADO DE MYCHART

ACCESO A UN REGISTRO DE MYCHART PARA NIÑOS, ADOLESCENTES O ADULTOS

Note to Employees: Completed forms should be scanned into the patient's medical record and then submitted to the IT Department. Proxy access will be established once this form is reviewed and verified. Please ensure all required sections are complete and required identification is validated upon submission (Section 3.3 – 3.4).

Un apoderado es una persona, como un miembro de la familia o un cuidador, a quien se le ha otorgado la autoridad para acceder y actuar sobre la información de salud de otra persona y tomar decisiones médicas. Para solicitar acceso a la cuenta del portal web para pacientes de MyChart de otro paciente de Friends of Family Health Center (FOFHC), complete todas las páginas de este Formulario de solicitud de acceso de representante y envíelo al personal de registro de su clínica. El acceso a MyChart del niño, adolescente o adulto se realizará a través de su propia cuenta de MyChart. El portal web para pacientes MyChart está en <https://mychart.ochin.org/FOFHealthCenter/>. Para solicitar una copia impresa de la historia clínica del paciente, comuníquese con el Departamento de Registros Médicos al (562) 690-0400.

Seleccione entre las siguientes opciones de acceso de apoderado y siga las instrucciones:

- ☐ Si el paciente es menor de edad entre las edades de 0 a 11 años, se le otorgará acceso completo al registro de MyChart del paciente menor hasta que el niño cumpla 12 años. **Complete las secciones 1, 2 y 3 de este formulario.**
- ☐ Si el paciente es menor de edad entre las edades de 12 a 17 años, el acceso se limita al acceso de los padres que garantiza la privacidad de nuestros pacientes de acuerdo con la Ley de Confidencialidad de la Información Médica de California (CMIA). NOTA: Las limitaciones vigentes para el acceso de apoderado de MyChart no afectan ningún derecho legal o limitación que tenga para acceder a los registros del paciente por otros medios. **Complete las secciones 1, 2 y 3 de este formulario.**
- ☐ Si el paciente es un adulto, mayor de 18 años, se requiere el consentimiento del paciente (o tutor legal autorizado) para acceder al registro de MyChart del paciente. **Complete las secciones 1, 3 y 4 de este formulario.**

SECCIÓN 1 (OBLIGATORIO)

Información de proxy: (Todos los elementos son obligatorios. Por favor, escriba claramente).

Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido): _____
Número de Seguro Social (últimos 4 dígitos): _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección postal: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____
Dirección de correo electrónico: _____
Relación con el paciente: _____

SECCIÓN 2 (REQUERIDA PARA EL PODER DE NIÑOS Y ADOLESCENTES)

Proporcione la siguiente información para cada niño. Todos los campos son obligatorios. Si tiene más de cuatro hijos para los que desea acceso de apoderado, imprima otro formulario.

	Nombre del niño (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	SSN (Últimos 4 dígitos)	Fecha de nacimiento
1			
2			
3			

SECCIÓN 3 (OBLIGATORIO)

RECONOCIMIENTO DEL USUARIO DE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PARA EL USO DE FOFHC MYCHART

Está solicitando acceso a FOFHC MyChart, que contiene la información de salud en línea para usted u otra persona. Al firmar a continuación, usted declara que tiene el derecho legal de acceder a la información contenida en el registro médico del paciente.

1. Si usted es un padre u otro representante legalmente autorizado del paciente, certifica y declara que ningún tribunal ha terminado sus derechos parentales o legales con respecto al paciente o ha restringido su acceso a la información del paciente.
2. Al usar FOFHC MyChart, usted afirma su aceptación de los Términos y condiciones de FOFHC MyChart y acepta cumplirlos ahora y durante todo el período de uso de FOFHC MyChart. Si no está de acuerdo con los Términos y condiciones, no proceda a utilizar FOFHC MyChart.
3. **Los padres o tutores de niños de 0 a 11 años deben enviar este formulario en persona. Los padres biológicos y adoptivos deben presentar una identificación con foto y firmar este formulario reconociendo que tienen derecho a la información de atención médica del niño. Si usted no es el padre biológico o adoptivo del niño, debe presentar documentación legal (como una orden judicial o un poder notarial médico) que demuestre que es el cuidador legalmente reconocido del niño.**
4. **Si usted es un adulto que solicita acceso al registro de otro paciente adulto que no tiene capacidad para tomar decisiones, debe proporcionar una copia de la tutela legal, una carta del proveedor que confirme que el paciente no tiene capacidad para tomar decisiones o documentación del registro médico, escrita por el proveedor, que respalde la incapacidad del paciente para tomar decisiones.**
5. Usted acepta que es su responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantener su contraseña de manera segura y cambiar su contraseña si cree que puede haber sido comprometida de alguna manera.
6. Usted comprende que FOFHC MyChart contiene información médica seleccionada y limitada del registro médico de un paciente y que FOFHC MyChart no refleja el contenido completo del registro médico. También comprende que se puede solicitar una copia impresa del registro médico de un paciente al Departamento de Registros Médicos de FOFHC.
7. Usted comprende que sus actividades dentro de FOFHC MyChart pueden ser rastreadas por una auditoría informática y que las entradas que realiza se convierten en parte del registro médico legal del paciente.
8. Usted comprende que el acceso a MyChart de FOFHC es proporcionado por FOFHC para conveniencia de sus pacientes y que FOFHC tiene derecho a desactivar el acceso a MyChart de FOFHC en cualquier momento y por cualquier motivo. Usted comprende que el uso de FOFHC MyChart es voluntario y no está obligado a usarlo ni a autorizar un poder de MyChart. FOFHC se reserva el derecho de revocar el acceso en línea a MyChart en cualquier momento.
9. Al firmar a continuación, usted reconoce que ha leído y entendido este Formulario de Poder de MyChart de FOFHC y acepta sus términos y condiciones de uso.

Firma de poder: _____ Fecha: _____

Nombre impreso del apoderado: _____ Relación con el paciente: _____

SECCIÓN 4 (REQUERIDA PARA APODERADOS ADULTOS Y MENORES EMANCIPADOS)

Lea detenidamente: esta sección es una autorización que permitirá a FOFHC divulgar su información médica a su apoderado adulto designado. Este formulario debe ser completado por el paciente que autoriza a otro adulto a acceder a la información de salud en su registro FOFHC. **Esta autorización caduca cuando inicia una solicitud para revocarla. Puede desactivar el acceso al apoderado para adultos especificado anteriormente en cualquier momento a través de FOFHC MyChart o proporcionando una solicitud por escrito a su clínica primaria.**

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____

Número de Seguro Social (últimos 4 dígitos): _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Relación con el apoderado: _____

AUTORIZACIÓN PARA ADULTOS O MENORES EMANCIPADOS PARA EL ACCESO DE REPRESENTANTE A FOFHC MYCHART

Solicito que (inserte el nombre del apoderado) _____ reciba acceso a mi información médica que está disponible en FOFHC MyChart. Esta persona es mi apoderado designado de MyChart. Autorizo a FOFHC MyChart a divulgar la información de salud contenida en mi registro de FOFHC MyChart a mi apoderado designado de MyChart. Entiendo que la información médica en mi cuenta de FOFHC MyChart se obtiene de mi registro de salud electrónico. Autorizo la divulgación de esta información solo a través de mi registro de FOFHC MyChart. Este formulario no autoriza la divulgación de mi registro de salud a mi apoderado designado por otros métodos o en otros formatos. Entiendo que una vez que se ha divulgado la información, el apoderado puede volver a divulgarla y es posible que la información divulgada no esté cubierta por las mismas protecciones de privacidad.

Participar en FOFHC MyChart y designar un apoderado de MyChart es completamente voluntario. Entiendo que no estoy obligado a designar un apoderado de MyChart y no estoy obligado a proporcionar esta autorización. También entiendo que FOFHC MyChart no condiciona ninguno de mis tratamientos, pagos u otros servicios de atención médica a si proporciono esta autorización. Sin embargo, también entiendo que si no proporciono autorización, FOFHC MyChart no puede proporcionar mi acceso de representante designado a mi registro de FOFHC MyChart.

Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento en línea dentro de mi cuenta de FOFHC MyChart o proporcionando una solicitud de cancelación por escrito a mi clínica primaria. Entiendo que si cancelo esta autorización, el acceso de mi apoderado designado a mi registro de MyChart de FOFHC terminará. También entiendo que mi cancelación no afectará ninguna divulgación que se haya realizado antes de procesar la revocación antes de que se procese mi solicitud de cancelación.

Firma del paciente (o curador, si se verifica): _____ Fecha: _____

Nombre impreso del paciente (o curador, si se verifica): _____