



DTF1429

PATIENT INFORMATION

Name: _____

MR#: _____ Finance: _____

DOB: _____

Solicitud para tener acceso por poder a MyChart para el Adulto y para otro Cuidador Asignado

El completar esta aplicación no garantiza que se le vaya a otorgar acceso a MyChart. A los padres de crianza que solicitan acceso: tengan en cuenta que esta solicitud se enviará a un Trabajador Social del Condado de San Diego para su revisión y aprobación. Para otras personas que solicitan acceso a la cuenta de MyChart de un menor, deberán tener en el expediente del paciente una Declaración Jurada Autorizada para que sean considerados.

El individuo que complete este formulario está solicitando acceso ("Acceso por poder") a secciones de expediente del paciente anteriormente nombrado a través de Rady Children's Hospital San Diego MyChart.

Haga el favor de completar este formulario y presentarlo en persona a la oficina de su proveedor o a:
Rady Children's Hospital-San Diego
Health Information Management Department
5855 Copley Drive, Suite 101
San Diego, CA 92111

Nombre del solicitante (1er nombre, 2ndo nombre, apellido):

Domicilio del solicitante:

Para recibir un correo electrónico con el código de activación, proporcione un email que sea válido:

Número telefónico del solicitante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Parentesco del solicitante con el paciente:

- Cuidador primario con la Declaración Jurada Autorizada firmada
- Acceso al expediente de MyChart del paciente adulto (parentesco: _____ (padres, esposos, etc.))
- Padres de crianza
- Otro (explique): _____

Para tener acceso por poder a la información de menores, proporcione detalles adicionales relacionados a su parentesco con el paciente (ej., por cuánto tiempo usted ha estado al cuidado del niño, factores adicionales que RCHSD deba considerar, incluyendo si el niño tiene una afección médica compleja), etc. _

Se necesitará documentación y verificación adicional para las solicitudes por poder de estos parentescos. Le llamaremos en un lapso de treinta (30) días hábiles después de recibir este formulario y, si fuera necesario, le pediremos documentación adicional.

Fecha: _____ Firma del Solicitante por Poder: _____

Nota: Para asegurarnos que el acceso por poder todavía es apropiado, éste se revisará y posiblemente se desactivará después de doce meses. Si los cuidadores desean continuar teniendo acceso, necesitarán solicitar de nuevo.

Acceso por Poder al Expediente MyChart de un Adulto.

Con su firma a continuación, el paciente adulto autoriza la divulgación de su información médica contenida en MyChart y acepta haber leído y entendido el formulario por poder de MyChart y la Autorización por Poder para el Adulto anexa para divulgar Información médica vía MyChart. El paciente adulto acepta estos términos y asigna a la persona nombrada a continuación como el recipiente del poder, permitiéndole acceso al expediente médico de MyChart.

Fecha: _____ Firma del Paciente Adulto (mayor de 18): _____

Si es aprobado, usted recibirá un código de activación de RCHSD MyChart junto con instrucciones sobre cómo firmar en el sitio de RCHSD MyChart.

For RCHSD Internal Use Only:

Site Leader

- Site leader name and contact phone number: _____
- Site leader notes to assist with review process: _____

- Site leader signature to confirm review and approval of this request: _____

HIM

- Application approved. MyChart Proxy Access assigned on _____
- Application denied (summarize reason for denial): _____

**Autorización por poder de un adulto para divulgar la información médica vía MyChart
(siempre y cuando el paciente adulto solicite el acceso por poder para otro adulto)**

Este formulario es una autorización que permitirá a los proveedores de salud divulgar la información médica al adulto asignado por poder. Léalo detenidamente.

El paciente deberá completar este formulario para autorizar a otro adulto el acceso a la información médica del expediente MyChart. Debe venir acompañado con la Solicitud de otros Cuidadores Asignados para tener acceso por poder a MyChart, el cual proporciona el nombre y la información del individuo que el paciente está autorizando su acceso por poder.

Estoy solicitando que el individuo con el nombre a continuación (*inserte el nombre*) *tenga poder para recibir acceso a mi información médica que se encuentra en MyChart*. Esta persona es mi asignado por poder. Autorizo que MyChart libere la información médica contenida en mi expediente a mi asignado por poder. Entiendo que la información médica en MyChart se obtiene de un expediente médico electrónico y que puede incluir información de todas las instalaciones enumeradas en la Notificación Conjunta de Prácticas Privadas de Rady Children's. Autorizo la divulgación de la información contenida en MyChart a mi asignado por poder. **Este formulario no autoriza la divulgación de mi expediente médico a mi asignado por poder por ningún otro medio.** Entiendo que una vez que la información haya sido divulgada, potencialmente podría volverse a divulgar y dicha información podría no estar cubierta por las mismas protecciones de privacidad. La participación en MyChart y la asignación por poder a MyChart es completamente voluntaria. Entiendo que no estoy obligado a tener un asignado por poder a MyChart y que no tengo que presentar esta autorización. También entiendo que MyChart no condiciona ningún tratamiento médico, ningún pago o ningún otro servicio cuando otorgue esta autorización. Sin embargo, también entiendo que si no doy autorización, MyChart no tiene permiso a proporcionar acceso a mi asignado por proxy a mi expediente. Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento electrónicamente en MyChart o proporcionando una solicitud de cancelación por escrito a mi clínica primaria o presentar este formulario al Departamento de Información Médica para que sea procesada. Entiendo que si cancelo esta autorización, el acceso por poder a mis expedientes de MyChart habrá terminado. Además, estoy bajo el entendimiento que mi cancelación no afectará las divulgaciones que se hicieron antes del proceso de revocación.

Nombre del Individuo Asignado como Adulto por Poder

Firma del Paciente (mayor de 18 años de edad)

Fecha

Nombre impreso