



PORTAL DEL PACIENTE MYHEALTH
Autorización para APODERADO

Información del PACIENTE: Escriba la información EN LETRA DE IMPRENTA lo más claro posible. No se aceptarán formularios incompletos.

Form fields for patient information: APELLIDO, NOMBRE, Inicial del SEGUNDO nombre, Fecha de nacimiento, Sexo, Últimos 4 dígitos del número del Seguro Social, Teléfono particular, Teléfono celular, Otro, Dirección, Dirección postal, Ciudad, Estado, Código postal.

Información del APODERADO: (La persona autorizada para obtener acceso a la información de atención médica del PACIENTE en el Portal del paciente MYHEALTH).

Form fields for authorized person information: APELLIDO, NOMBRE, Inicial del SEGUNDO nombre, Fecha de nacimiento, Sexo, Últimos 4 dígitos del número del Seguro Social, Dirección, Dirección postal, Ciudad, Estado, Código postal, Teléfono particular, Teléfono celular, Teléfono del trabajo, Dirección de correo electrónico principal, Método de contacto de preferencia.

Table with 2 main columns: ADULTO and NIÑO/MENOR DE EDAD. It contains detailed instructions and checkboxes regarding access to medical history and portal information for different age groups and legal statuses.



Para ser completado por el PACIENTE que autoriza el acceso adicional a su información médica en el Portal del paciente MYHEALTH. (No se aplica para tutor legal, poder legal o de recién nacido a 12 años de edad)

AUTORIZACIÓN de ACCESO

a mi PORTAL DEL PACIENTE personal

- Al firmar esta solicitud de apoderado, comprendo que doy mi permiso para que Pomona Valley Hospital Medical Center divulgue mi información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) a través del Portal del paciente MYHEALTH a mi apoderado designado. La información incluye, pero no se limita a lo siguiente: resumen de salud, lista de problemas actuales, medicamentos actuales, resultados de laboratorio, etc.
- La información disponible para mi apoderado puede incluir información relacionada con: (1) síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), (2) tratamiento para el abuso de drogas o alcohol, (3) enfermedades de transmisión sexual, o (4) salud mental o conductual o atención psiquiátrica.
- Esta solicitud de apoderado tendrá vigencia hasta que se desactive mi cuenta del Portal del paciente o se revoque el acceso para apoderado.
- Esta solicitud de apoderado incluye los registros que se hayan creado o que existan el día en que se firma este formulario o antes de esa fecha, además de los registros que se creen después de la fecha en que se firma este formulario.
- Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Si deseo revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito. Comprendo que dicha revocación no afectará de ninguna manera cualquier información que ya se haya divulgado a mi apoderado.
- Comprendo que el receptor de la información divulgada en conformidad con esta autorización podría volver a divulgarla y dejaría de estar protegida por las leyes de privacidad federales o del estado de California.
- Puedo negarme a firmar esta autorización y comprendo que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para recibir tratamiento.
- Si me niego a firmar esta autorización, no se otorgará el acceso a la cuenta del Portal del paciente MYHEALTH a mi apoderado designado.

Paciente/tutor legal/padre o madre

Al firmar a continuación, reconozco y acepto cumplir con los **Términos y condiciones** del Portal del paciente MYHEALTH y este documento.

OBLIGATORIO Firma del paciente/padre o madre/tutor legal Fecha

OBLIGATORIO Relación con el paciente

Para uso del personal de MYHEALTH **Fecha:** _____

Id. válida verificada **Id. con foto** **Id. del gobierno**

Otro: _____

Se presentaron los documentos legales correspondientes: **Sí** **No**

Firma del personal que recibe el documento **Fecha**

Para ser completado por el APODERADO

RECORDATORIO: Se debe adjuntar a este formulario una copia de cualquier documento legal cuando se entregue para su procesamiento.

Al firmar a continuación, los padres reconocen y aceptan lo siguiente:

- Usaré mi propia cuenta del Portal del paciente MYHEALTH para obtener acceso a la cuenta del Portal del paciente del niño.
- Tengo derechos parentales o derechos de tutela legal para obtener acceso a la historia clínica de este niño.
- No se me han negado períodos de colocación física con este niño y no existen órdenes judiciales ni órdenes de restricción vigentes que limiten mi acceso a la historia clínica o a la información de este niño.
- Las comunicaciones en nombre del niño a través del Portal del paciente MYHEALTH se deben enviar desde la historia clínica del niño y las respuestas se recibirán en la historia clínica del niño. Las alertas por correo electrónico del Portal del paciente se enviarán a la dirección de correo electrónico ingresada en la información del padre, madre o tutor legal ("Apoderado").
- Para un niño recién nacido a 12 años de edad, tendré acceso total a la historia clínica del Portal del paciente MYHEALTH del niño. **Cuando el niño cumpla 13 años de edad**, dejaré de tener acceso a la historia clínica del Portal del paciente, a menos que el niño me autorice el acceso a cualquier información especialmente protegida: salud mental, salud reproductiva, VIH y SIDA, y dependencia de sustancias químicas.

TUTORES LEGALES

Todos los documentos, si los hubiera, que he proporcionado para respaldar mi solicitud de acceso a la información médica 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 se inactive, revoque, termine o venza, debo notificar de inmediato a Pomona Valley Hospital Medical Center por escrito el cambio de autoridad y la fecha en que entró en vigencia, y enviar el documento por correo a:

Pomona Valley Hospital Medical Center
ATTN: Health Information Management – MYHEALTH
1798 N. Garey Ave. Pomona, CA 91767

Apoderado

Al firmar a continuación, reconozco, acepto y comprendo lo siguiente:

- Usaré mi propia cuenta del Portal del paciente para obtener acceso a la cuenta del Portal del paciente del paciente.
- Cumpliré con los **Términos y condiciones** del Portal del paciente.
- El paciente puede revocar mi acceso a su cuenta del Portal del paciente MYHEALTH en cualquier momento.

OBLIGATORIO Firma del paciente/padre o madre/tutor legal Fecha

OBLIGATORIO Relación con el paciente

