Print

Consent - Proxy Auth

Saint Luke's

Acceso por apoderado (*proxy*) a la historia clínica a través del portal en línea mySaintLuke's
La historia clínica del menor de edad en el portal en línea
Formulario de autorización para los padres y los tutores

Por favor llene la información del **paciente (niño)**:

Nombre del paciente:_____ Número de la historia clínica:_____ (si se conoce)

Dirección:_____ Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social:_____

_____ Fecha de nacimiento:_____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Por favor llene la información **de la madre/del padre/tutor**:

Nombre del padre/de la madre:_____ Correo electrónico:_____

Dirección:_____ Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social:_____

_____ Fecha de nacimiento:_____

Número de teléfono:_____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Parentesco con el niño: ☐ padre biológico ☐ padre adoptivo ☐ tutor legal ☐ otra persona

Si la respuesta es 'otra persona', por favor, especifique:_____

Aviso: **El acceso al expediente del portal en línea de un menor de edad está disponible únicamente para los padres o las personas que tengan la tutela legal. Se deberá proporcionar la documentación adecuada que demuestre la relación legal con el menor cuando se solicite. Saint Luke's puede revocar el acceso al expediente del portal en línea en cualquier momento. Los padres o tutores legales siempre tienen permitido acceder al expediente médico completo de su hijo, según lo permita la ley, a través del departamento HIM (Gestión de Información de Salud).**

"Hago constar lo siguiente: (escriba sus iniciales):

_____ He leído y entiendo los requisitos y procedimientos para obtener acceso en línea a la historia clínica de mi hijo, según se me explicó en la página uno de este documento.

_____ No compartiré el nombre de usuario o la contraseña de mySaintLuke's con otras personas.

_____ La información y las notificaciones de mySaintLuke's se me enviarán a mí al correo electrónico que he proporcionado. En caso de que no hubiese dado una dirección de correo electrónico, los informes y las notificaciones se me enviarán por correo postal a la dirección que he incluido en este documento.

_____ Estoy de acuerdo en cumplir con los términos y condiciones de la página de internet de mySaintLuke's.

_____ Tendré acceso limitado a la cuenta de mySaintLuke's cuando mi hijo cumpla 12 años. Cuando mi hijo cumpla 18 años, el acceso que tengo a su cuenta de mySaintLuke's quedará cancelado.

_____**Certifico que soy el padre/la madre o tutor legal del menor de edad mencionado arriba, y que toda la información que he proporcionado es correcta. Por la presente, solicito acceso a la historia clínica de mi hijo a través del portal en línea."**

Firma de la madre/del padre/tutor:_____ Fecha:_____ Hora:_____

ENTREGUE ESTE FORMULARIO A LA RECEPCIÓN DE CUALQUIER CLÍNICA O CONSULTORIO O A LA RECEPCIÓN DE PACIENTES

Si se necesita documentación adicional, se puede enviar por correo electrónico a kcproxyrequest@bjc.org

Aunque es poco probable, cabe la posibilidad de que el correo electrónico no seguro sea interceptado y leído por otras personas que no sean el destinatario. Al enviar su solicitud por correo electrónico, usted acepta estos riesgos.

STAFF: Original - email to kcproxyrequest@bjc.org, fax to HIM at 816-891-6072, or interoffice mail to SLN – HIM MSL Team
Copy to patient/guardian