Consent - Proxy Auth

Saint Luke's
Acceso por apoderado a la historia clínica a través del portal en línea *mySaintLuke's*
Formulario de autorización por apoderado del paciente adulto

Por favor, llene la información del **paciente**:

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

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

_____ Fecha de nacimiento: _____

Correo electrónico del paciente: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

"Autorizo a mi apoderado, nombrado más abajo, a que tenga acceso a mi historia clínica *mySaintLuke's*. Entiendo que, al otorgar acceso, mi apoderado tendrá acceso a los informes médicos que están disponibles actualmente, así como a información médica que estará disponible más adelante como resultado de futuras consultas. Esto puede incluir registros relacionados con la atención de salud mental, enfermedades transmisibles, VIH/SIDA, tratamiento por abuso de alcohol o drogas o pruebas genéticas. Entiendo que puedo revocar el acceso en cualquier momento llamando al consultorio de mi profesional de atención médica y recibiré un correo electrónico que confirme la revocación".

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

"Certifico que soy el tutor legal del paciente y que puedo otorgar esta autorización de parte del paciente".

Tutor legal: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Por favor llene la información del **apoderado** más abajo:

Nombre: _____ Correo electrónico: _____

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

_____ Fecha de nacimiento: _____

Número de Teléfono: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Parentesco con el paciente: ☐ hijo ☐ hija ☐ cónyuge ☐ otra persona

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

¿Qué tipo de acceso desea que esta persona tenga a su historia clínica?

☐ Completo ☐ Clínico ☐ Programación de citas/mensajería

He leído y entiendo los requisitos y los procedimientos para obtener acceso a la historia clínica en línea de un paciente, según se detalla en el documento titulado Acceso por apoderado a la historia clínica a través del portal en línea *mySaintLuke's*.

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

_____ **Mi apoderado y yo hemos leído y entendemos los requisitos y los procedimientos para obtener acceso a la historia clínica en línea, según se explicó en la página uno de este documento.**

_____ **Mi apoderado y yo no compartiremos el nombre de usuario o la contraseña de *mySaintLuke's* con otras personas.**

_____ **La información y las notificaciones de *mySaintLuke's* se enviarán a mi apoderado y 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 enviarán por correo postal a la dirección que he incluido en este documento.**

_____ **Mi apoderado y yo estamos de acuerdo en cumplir con los términos y condiciones de la página de internet de *mySaintLuke's*.**

ENTREGUE ESTE FORMULARIO EN EL MOSTRADOR DE RECEPCIÓN DE CUALQUIER CLÍNICA, CONSULTORIO O A LA OFICINA DE ADMISIÓN DEL HOSPITAL

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