

Autorización para acceso de Apoderado al Portal del paciente MyChildrensMercy

8071-502S MR 02/23



Términos y condiciones de MyChildrensMercy

Complete este formulario si es el padre, la madre, el tutor legal o el paciente, en caso de que sea mayor de edad o emancipado legalmente, y desea permitir que otras personas accedan a la cuenta del Portal del paciente MyChildrensMercy (MyChildrensMercy Patient Portal) que corresponde al paciente mencionado anteriormente. La persona a quien designe se conoce como "Apoderado". Si designa a más de una persona, estas se conocen como "Apoderados".

Por medio de la presente autorizo a Children's Mercy Hospital (CMH) para que proporcione acceso a la información de salud del paciente mencionado, mediante el Portal del paciente, a las personas indicadas a continuación (el "Apoderado" o los "Apoderados"). Al firmar a continuación, comprendo y acepto lo siguiente:

- Comprendo y reconozco que las personas que reciban acceso como apoderadas se sujetarán a los términos establecidos en el Documento de información sobre el Portal del paciente.
- Comprendo que este formulario es una autorización para conceder acceso de apoderado a las personas indicadas con el fin de que ingresen a la cuenta del paciente a través del Portal del paciente. Al firmar el presente documento, autorizo que el Apoderado designado acceda a toda la información de salud del paciente que está disponible en el Portal del paciente. Comprendo que esto puede incluir información confidencial, como resultados de las pruebas, medicamentos, diagnósticos, información referente a enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH), servicios de salud mental o del comportamiento y consumo de drogas, alcohol u otras adicciones.
 - Comprendo que a los Apoderados se les concederá el mismo tipo de acceso que yo tengo al Portal del paciente.
 - Comprendo que conceder acceso al Portal del paciente a los Apoderados no elimina ni afecta mi capacidad para acceder al Portal del paciente ni para comunicarme con el equipo de atención médica del paciente mediante el uso de dicho Portal.
 - Comprendo que CMH se reserva el derecho de no divulgar la información de salud del paciente en el Portal del paciente en la medida en que la ley lo permita.
 - Confirmando que cuento con la autorización legal para conceder acceso de apoderado al Portal del paciente de la persona en cuestión. De igual manera, notificaré a CMH en caso de perder la autorización legal para hacerlo.
 - Comprendo que esta autorización es válida hasta que la revoque por escrito y envíe dicha revocación al Departamento de Manejo de Información de Salud de CMH a través del Portal del paciente por medio de la opción "HIM Pool" (Departamento de HIM) o hasta que el paciente cumpla 18 años. Si revoco esta autorización, se cancelará el acceso al Portal del paciente de mi apoderado designado. Comprendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado a los Apoderados como consecuencia de esta autorización.
 - Comprendo que el tratamiento, el pago, la inscripción y la elegibilidad del paciente para recibir los beneficios no se encuentran condicionados a mi firma en este formulario.
 - Comprendo que tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización o de revocarla en cualquier momento.
 - Comprendo que la información de salud del paciente utilizada o divulgada conforme a esta autorización puede ser, a su vez, divulgada por los Apoderados, y es posible que la confidencialidad de la misma deje de estar protegida por las leyes federales o estatales.
 - Comprendo que se enviará la invitación inicial para crear una cuenta en el Portal del paciente a los correos electrónicos indicados a continuación, y que también se enviarán notificaciones a los mismos correos electrónicos para informar sobre las comunicaciones que lleguen al Portal del paciente.

Información del primer Apoderado:

| Nombre del Apoderado en letra de imprenta | Fecha de nacimiento | Correo electrónico del Apoderado |
|---|---------------------|----------------------------------|
|---|---------------------|----------------------------------|

Información del segundo Apoderado (*si desea conceder acceso a más de dos Apoderados, utilice una página adicional):

| Nombre del Apoderado en letra de imprenta | Fecha de nacimiento | Correo electrónico del Apoderado |
|---|---------------------|----------------------------------|
|---|---------------------|----------------------------------|

Firma de la persona que autoriza el acceso a los Apoderados:

| Nombre en letra de imprenta | Firma | Fecha |
|-----------------------------|-------|-------|
|-----------------------------|-------|-------|