

Acceso y autorización de apoderado al portal del paciente para la gestión de información de salud de adultos

Gestión de la Información de Salud

Un apoderado (representante) al portal del paciente es una persona autorizada para acceder a la cuenta del portal de salud en línea de otro paciente. Puede iniciar sesión en esta cuenta y gestionar digitalmente cierta información de salud del paciente.

Instrucciones para compartir el acceso a su portal del paciente con otra persona:

1. No es necesario completar este formulario. Si no puede seguir estos pasos, consulte las instrucciones a continuación.
2. Inicie sesión en su cuenta del portal del paciente.
3. Haga clic en la flecha desplegable de Opciones de cuenta.
4. Seleccione Compartir mi portal.
5. En Acceso compartido, seleccione «Crear invitación». Siga los pasos para enviar una invitación por correo electrónico a su apoderado.
6. Una vez que su apoderado reciba y acepte la invitación, tendrá acceso para ver su información de salud en el portal del paciente.
7. Puede revocar su acceso en cualquier momento. Siga los pasos del 1 al 4, busque el nombre de la persona, seleccione el cuadro Editar y, a continuación, seleccione Eliminar acceso compartido.

Instrucciones para devolver los formularios de autorización (si no puede completar los pasos anteriores):

- Complete y firme el formulario en la página siguiente.
- El paciente debe adjuntar una copia de su identificación con foto.
- Envíe el formulario completo junto con la documentación requerida por correo postal o en persona a:

**Health Information Management
Frederick Health Village
1 Frederick Health Way
Frederick, MD 21701**

- O bien, envíe el formulario y los documentos por fax al Departamento de Gestión de Información de Salud al 240-566-3619.

Los formularios de autorización son revisados y procesados por el Departamento de Gestión de Información de Salud antes de otorgar el acceso; el procesamiento puede demorar.

Una vez que otorgue acceso a otra persona, su cuenta del portal del paciente aparecerá en la pestaña “Opciones de cuenta” de su portal.

PATIENT LABEL

Acceso y autorización del representante al portal del paciente para adultos

Autorizo a Frederick Health a otorgar acceso por poder a mi información de salud electrónica enviada a la cuenta del portal del representante.

Datos del Paciente (*toda sección requerida; favor usar letra de imprenta clara):

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO(S), PRIMER NOMBRE, PRIMER INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)*

DIRECCIÓN*

CIUDAD*

ESTADO*

CÓDIGO POSTAL*

CORREO ELECTRÓNICO*

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE*

TELÉFONO*

Datos del Apoderado (*toda sección requerida; favor usar letra de imprenta clara):

NOMBRE DEL REPRESENTANTE (APELLIDO(S), PRIMER NOMBRE, PRIMER INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)*

DIRECCIÓN*

CIUDAD*

ESTADO*

CÓDIGO POSTAL*

CORREO ELECTRÓNICO*

FECHA DE NACIMIENTO DEL REPRESENTANTE*

TELÉFONO

Representante: ¿Tiene actualmente una cuenta propia en el portal de pacientes de Frederick Health?

(marque una) ☐ Sí ☐ No

Enumere cualquier nombre anterior u otro nombre que tenga asociado con Frederick Health: _____

Relación del representante con el paciente (seleccione uno):

☐ Tutor legal

☐ Amigo/a

☐ Poder legal

☐ Madre

☐ Niño/a

☐ Cónyuge/Pareja

☐ Padre

☐ Hermano/a

☐ Representante de salud

☐ Otro: _____

Continúa en la siguiente página

Autorización y acceso de representante al portal del paciente adulto

La autorización para el acceso de un representante es válida hasta que el paciente la revoque por escrito o la elimine a través de la función *"Share My Access"* (Compartir mi acceso) en el portal del paciente.

Autorización del paciente

Al firmar esta solicitud de acceso para un representante, entiendo que autorizo a Frederick Health a divulgar o facilitar mi información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés), disponible en el portal del paciente de Frederick Health, a mi representante. La información de salud disponible a través del portal del paciente puede incluir, entre otros datos: resumen de salud, listas de problemas actuales, medicamentos actuales, resultados de laboratorio, informes de proveedores médicos, informes de radiología, información sobre citas y más. La cuenta del portal del paciente no refleja el contenido completo de la historia clínica del paciente; se puede obtener una copia completa comunicándose con el Departamento de Gestión de Información de Salud (*Health Information Management*) al 240-566-4443.

Entiendo que la información de salud contenida en mi portal del paciente estará disponible para mi representante, incluida aquella relacionada con: (1) síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), (2) pruebas o tratamiento por consumo de sustancias, (3) enfermedades de transmisión sexual o (4) salud mental o conductual o atención psiquiátrica.

Entiendo que el uso del portal del paciente es voluntario y no un requisito. Mi tratamiento no se verá afectado, independientemente de si utilizo o no el portal del paciente.

La solicitud de acceso para el representante estará vigente hasta que mi cuenta del portal del paciente sea desactivada o hasta que yo revoque dicho acceso.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Si deseo revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviarlo por correo a:

Health Information Management
Frederick Health Village
1 Frederick Health Way, Frederick, MD 21701

También puedo revocar este acceso a través de la opción *"Share My Access"* (Compartir mi acceso) en el portal del paciente. Entiendo que dicha revocación no afectará la información que ya se haya divulgado a mi representante autorizado.

Esta solicitud de representación incluye los registros creados o existentes en la fecha de firma de este formulario o antes de ella, así como los registros que se generen después de dicha fecha.

Entiendo que la información de salud divulgada en virtud de esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario (representante autorizado) y dejar de estar protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que dicha negativa no afectará mi capacidad para recibir tratamiento. Si me niego a firmar esta autorización, no se concederá acceso a mi cuenta del portal del paciente a mi representante autorizado.

FIRMA DEL PACIENTE (REQUERIDO)

FECHA Y HORA

NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA (REQUERIDO)

3 | PORTAL PROXY ACCESS & AUTHORIZATION FOR ADULT

Gestión de la Información de Salud

1 Frederick Health Way | Frederick, MD 21701 | 240-566-4443 | FAX 240-566-3619