

Autorización y acceso de representante al portal del paciente para pacientes menores de edad (0 a 12 años)

Gestión de Información de Salud

Un representante en el portal del paciente es una persona autorizada para acceder a la cuenta del portal de salud en línea de otro paciente. Esta persona puede iniciar sesión en dicha cuenta y gestionar digitalmente ciertos aspectos de la información de salud del paciente.

Instrucciones para configurar el acceso de representante al portal del paciente para un menor (de 0 a 12 años):

- Complete y firme el formulario que aparece en la página siguiente.
- El padre, madre o tutor legal debe adjuntar una copia de su documento de identidad con fotografía y presentar una prueba de su relación de parentesco o tutela legal.
- Envíe el formulario completo junto con la documentación de respaldo requerida por correo postal o entréguelo 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.

El Departamento de Gestión de Información de Salud revisa y procesa las solicitudes de acceso de representante antes de conceder dicho acceso; este proceso puede tomar algún tiempo.

Una vez que se le otorgue el acceso como representante, la cuenta del paciente menor aparecerá dentro de su propia cuenta del portal del paciente, en la pestaña de opciones de cuenta (Account Options). Cuando el paciente menor cumpla 13 años, su acceso al portal dejará de aparecer en su cuenta, a fin de respetar los derechos de privacidad del paciente.

PATIENT LABEL

Acceso de representante y autorización para el portal del paciente menor de edad (0 a 12 años)

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 PACIENTE*

TELÉFONO*

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

(marque uno) ☐ Sí ☐ No

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

El padre, madre o tutor legal de un menor de entre 0 y 12 años recibirá acceso completo a la cuenta del portal del niño.

Mi relación con el paciente menor de edad es (seleccione una opción):

☐ **Padre/Madre:** Debe adjuntar una copia de su documento de identidad con fotografía y presentar un comprobante de filiación (como el certificado de nacimiento) si Frederick Health no puede verificar dicho vínculo.

☐ **Tutor legal permanente:** Debe adjuntar una copia de su documento de identidad con fotografía y un comprobante de su condición de tutor legal si Frederick Health no puede verificar dicha tutela.

Continúa en la página siguiente

Acceso de representante y autorización para el portal del paciente menor de edad (0 a 12 años)

Entiendo que:

- El uso del portal del paciente es voluntario y no es un requisito. El tratamiento de mi hijo no se verá afectado, independientemente de si utilizo o no el portal del paciente.
- La cuenta del portal del paciente no refleja el contenido completo de la historia clínica del paciente; se puede obtener una copia completa a través del departamento de Gestión de Información de Salud (*Health Information Management*) llamando al 240-566-4443.
- El portal del paciente está diseñado como un sitio en línea seguro para consultar información médica confidencial. No compartiré mi nombre de usuario ni mi contraseña del portal del paciente con otras personas. Entiendo que, si comparto mi nombre de usuario y contraseña con otra persona, esa persona podría ver la información médica privada de mi hijo.
- Una vez que Frederick Health divulga información de salud según lo solicitado, existe la posibilidad de que esta se divulgue nuevamente y de que la información divulgada ya no esté protegida por las leyes federales y estatales de privacidad.
- Confirmando que no existen órdenes judiciales ni órdenes de restricción vigentes que limiten mi acceso a los registros de salud y/o a la información de salud del paciente menor de edad.
- Confirmando que todos los documentos presentados para acreditar mi derecho a acceder a la información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) del paciente identificado son copias auténticas y correctas, y que son los documentos más recientes relacionados con este asunto de los que tengo conocimiento.
- Las alertas por correo electrónico se enviarán a la dirección de correo electrónico indicada en la sección de Información del Padre/Madre o Tutor Legal ("Representante").
- El acceso al portal del paciente es proporcionado por Frederick Health, entidad que se reserva el derecho de desactivar dicho acceso en cualquier momento y por cualquier motivo.
- Mis actividades dentro del portal del paciente y las entradas que realice podrían pasar a formar parte de la historia clínica.
- El acceso a la historia clínica de mi hijo a través del portal del paciente estará permitido únicamente hasta que este cumpla 13 años.
- Cuando mi hijo cumpla 13 años, finalizará el acceso del padre, madre o tutor legal a los registros del portal.
- Para obtener una copia de los registros de salud de mi hijo hasta que este cumpla 18 años, debo comunicarme con el Departamento de Gestión de Información de Salud (*Health Information Management*) al 240-566-4443.
- Al firmar a continuación, reconozco haber leído y comprendido esta solicitud para el portal del paciente, y acepto sus términos. Confirmando que poseo la patria potestad o el derecho de tutela legal para acceder a la información de salud protegida (PHI) del paciente menor de edad.

PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL (FIRMA REQUERIDA)

FECHA Y HORA

NOMBRE DEL QUE FIRMA EN LETRA DE IMPRENTA (REQUERIDO)

RELACIÓN CON EL PACIENTE