

Acceso y autorización al portal del paciente para menores incapacitados

Gestión de Información de Salud

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

Instrucciones para configurar el acceso al portal del paciente para un menor incapacitado (menor con capacidad funcional limitada) que no puede obtener su propia cuenta:

- Complete y firme el formulario de la página siguiente.
- El padre/madre o tutor legal debe adjuntar una copia de su documento de identidad con fotografía y proporcionar un comprobante de paternidad/tutela.
- 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.

La oficina de Gestión de Información de Salud revisa y procesa los formularios de apoderado antes de otorgar el acceso; el procesamiento puede demorar.

Una vez que se le otorgue acceso de poder a la cuenta del portal del paciente de otra persona, encontrará su cuenta en su propio portal del paciente, en la pestaña Opciones de cuenta.

PATIENT LABEL

Acceso y autorización por poder al portal del paciente para menores incapacitados

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

☐ Padre

☐ Representante de salud

☐ Madre

☐ Poder legal

☐ Otro: _____

Continúa en la siguiente página

Acceso y autorización por poder al portal del paciente para menores incapacitados

Marque la casilla que mejor describa el acceso solicitado. Tenga en cuenta que, para todos los tipos de acceso, se accederá al historial clínico del paciente a través de la cuenta del portal del paciente del apoderado.

Mi relación con el **paciente menor de edad** (acceso a los registros del portal del paciente menor de edad):

☐ **Tutor legal del paciente menor de edad**

- El tutor debe adjuntar a este formulario:
 - Copia de la identificación con foto del tutor
 - Copia de la orden judicial de tutela
 - Prueba de paternidad/tutela/orden judicial de tutela
 - Documentación requerida de dos profesionales sanitarios que confirmen la incapacidad del menor
- El tutor firma el formulario de acceso.
- El tutor se compromete a notificar a Frederick Health de inmediato en caso de cualquier cambio de autoridad.

☐ **Poder notarial o representante de atención médica**

- La persona debe adjuntar una copia de la documentación legal y una copia de su identificación con foto a este formulario.
- La persona firma el formulario de acceso.
- La persona se compromete a notificar a Frederick Health de inmediato en caso de cualquier cambio de autoridad.
- Exigir documentación de dos proveedores que confirmen que el niño está incapacitado.

Tutor legal, apoderado o representante de atención médica

Al firmar esta solicitud de representación, entiendo que:

- La cuenta del portal del paciente no refleja el contenido completo del historial médico del paciente; puede obtener una copia completa en el Departamento de Gestión de Información de Salud (240-566-4443).
- El portal del paciente está diseñado como un portal en línea seguro para consultar información médica confidencial. No compartiré mi nombre de usuario ni mi contraseña del portal del paciente con nadie. Entiendo que si comparto mi nombre de usuario y contraseña con otra persona, esta podría acceder a la información médica privada de mi hijo/a.
- Confirmando que no existen órdenes judiciales ni órdenes de restricción vigentes que limiten mi acceso al historial médico o la información médica del paciente menor de edad.
- Se enviarán alertas por correo electrónico a la dirección de correo electrónico ingresada en la sección de Información del padre/madre/tutor legal ("Representante").
- El acceso al portal del paciente es proporcionado por Frederick Health, quien se reserva el derecho de desactivarlo en cualquier momento y por cualquier motivo.
- Mis actividades en el portal del paciente y las entradas que realice podrían formar parte del historial médico.
- Al firmar a continuación, confirmo que he leído y comprendido esta solicitud de acceso al portal del paciente y acepto sus términos. Verifico que tengo la patria potestad o la tutela legal para acceder a la información médica protegida (PHI) del paciente menor de edad.

Continúa en la página siguiente

Acceso y autorización por poder al portal del paciente para menores incapacitados

- Confirmando que todos los documentos proporcionados para respaldar mi derecho a acceder a la información de salud protegida (PHI) del paciente identificado son copias fieles y correctas, y son los documentos más recientes relacionados con este asunto que conozco.
- Entiendo que usaré mi propia cuenta del portal del paciente para acceder a la información de salud del paciente.
- Por la presente, acepto que, cuando mi autorización legal para actuar en nombre del paciente sea inactivada, revocada, terminada o expire, notificaré inmediatamente a Frederick Health por escrito sobre el cambio de autorización dentro de los 30 días posteriores al cambio de estado y enviaré la notificación por correo a:

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

FIRMA DEL PACIENTE/PADRE O MADRE/ TUTOR LEGAL/ PERSONA AUTORIZADA A TOMAR DECISIONES (REQUERIDO) FECHA Y HORA

NOMBRE EN IMPRENTA DEL QUE FIRMA ARRIBA (REQUERIDO)

RELACIÓN CON EL PACIENTE (REQUERIDO)