

**Acceso del representante al portal del paciente de Follow *My*Health**  
**Formulario de solicitud y autorización de acceso del representante al portal del paciente**  
**de Mountain Area Health Education Center, Inc. (MAHEC)**

FOR OFFICE USE ONLY:

**PROXY**

Front office review by: \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_

MR# \_\_\_\_\_

MR review by \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_

Invite sent by \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_

**TODA LA INFORMACIÓN QUE FIGURA EN ESTE RECUADRO ES OBLIGATORIA PARA TRAMITAR SU AUTORIZACIÓN DE REPRESENTACIÓN**

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Apellido

Primer nombre

Inicial del segundo nombre

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle y número

Ciudad, estado

Código postal

**INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE: (persona autorizada para que MAHEC le comparta el expediente del portal del paciente)**

Nombre del representante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Apellido

Primer nombre

Inicial del segundo nombre

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Calle y número

Ciudad, estado

Código postal

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Marque una de las casillas siguientes que mejor describa el acceso por representación solicitado.** (Tenga en cuenta que, para cualquier tipo de acceso por parte de un representante, se accederá a la historia clínica del paciente a través de la cuenta del representante en el portal del paciente de FollowMyHealth).

**PACIENTE ADULTO**

**Acceso al expediente del portal del paciente de otro adulto.**

*(Nota: Esta sección también se aplica a los menores emancipados. Los menores emancipados deben presentar una constancia de emancipación).*

**Relación del representante con el paciente adulto:**

**0 Otro adulto:**

- El paciente debe firmar este formulario para autorizar la divulgación de su información médica al representante indicado arriba a través del portal del paciente de MAHEC.
- La autorización para el acceso del representante es válida hasta que el paciente la revoque.

**0 Representante legal del paciente adulto:** (adultos que mantienen una relación de sustitución con otro adulto mediante un acuerdo legal) **Seleccione la opción siguiente que mejor describa esta relación de representación:**

**0** Tutor legal (resolución judicial)

**0** Poder notarial para la atención médica (con autoridad vigente)

- Si es usted el tutor legal o actualmente tiene facultades de decisión según un poder notarial para la atención médica de este paciente, esta solicitud deberá ir acompañada de una copia de la documentación legal que acredite su autoridad para acceder a la información médica del paciente.
- Deberá notificar a MAHEC de inmediato por cualquier cambio en la autoridad.

**0** Otra (especifique) \_\_\_\_\_

**PACIENTE MENOR DE EDAD**

**Acceso al expediente del portal del paciente de su hijo menor de edad.**

Las personas que soliciten acceso deben tener derechos de responsabilidad parental o ser el tutor legal designado por el tribunal para el paciente menor de edad.

**Mi relación con el menor:**

**0** Padre/madre.

**0** Tutor legal del paciente *(debe adjuntar una copia de la resolución judicial por la que se lo nombra tutor legal del paciente menor de edad).*

**Autorización del paciente:**

- Al firmar esta solicitud de representación, entiendo que estoy dando mi consentimiento para que MAHEC comparta mi información médica protegida (PHI, en inglés) a través del portal del paciente a mi representante, lo que podría incluir información sensible, como el tratamiento por embarazo, por abuso de alcohol o drogas, de salud mental, por estado serológico respecto al VIH, pruebas genéticas y análisis clínicos, si corresponde.
- Esta solicitud de representación tendrá vigencia hasta que se desactive mi cuenta del portal del paciente o hasta que revoque el acceso del representante.
- Esta solicitud de representación incluye los expedientes que se hayan creado o que ya existieran en la fecha de la firma de este formulario o antes de ella, así como los registros que se creen con posterioridad a dicha fecha.
- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Si deseo revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito. Entiendo que dicha revocación no tendrá ningún efecto sobre la información que ya se haya facilitado a mi representante.
- Entiendo que la información revelada en virtud de la presente autorización podría ser divulgada de nuevo por el destinatario y dejar de estar protegida por las leyes de privacidad federales o de Carolina del Norte.
- Podría negarme a firmar esta autorización y entiendo que mi negativa a firmarla no afectará mi derecho a recibir tratamiento. Si me niego a firmar esta autorización, no se concederá el acceso a mi cuenta del portal del paciente.

**Al firmar a continuación, el representante reconoce y acepta lo siguiente:**

- Usaré mi propia cuenta del portal para pacientes de FollowMyHealth para acceder a la cuenta del portal para pacientes del paciente.
- Tal y como se ha indicado, tengo los derechos de responsabilidad parental o la tutela legal para acceder al expediente de este paciente.
- No se me han denegado períodos de colocación física del paciente y no existe ninguna orden judicial ni orden de alejamiento vigente que limite mi acceso a los expedientes médicos y/o a la información de este paciente.
- Las comunicaciones en nombre del paciente a través del portal del paciente deben enviarse desde el expediente del paciente, y las respuestas se recibirán en dicho expediente. Las alertas por correo electrónico del portal del paciente se enviarán a la dirección de correo electrónico ingresada en la sección "Información del representante".
- En el caso de un menor de entre 0 y 17 años, se me concederá acceso completo a su expediente médico, según las leyes de Carolina del Norte.

**Tutores legales:**

Los documentos que se hayan presentado, si así fuera, para acreditar mi derecho a acceder a la información médica protegida del paciente son copias fieles y correctas, y son los documentos más recientes relacionados con este asunto. Cuando mi autorización legal para actuar en nombre del paciente haya quedado sin efecto, haya sido revocada, haya finalizado o haya expirado, deberé notificar de inmediato por escrito a MAHEC dicho cambio de autorización y enviar la notificación por correo al Departamento de Gestión de la Información Médica.

**Firma del paciente:** Al firmar a continuación, reconozco y acepto que cumpliré con los términos y condiciones que figuran en este documento y entiendo que puedo revocar este acceso del representante en cualquier momento notificándolo por escrito a MAHEC (firme solo en la línea correspondiente).

Soy un **paciente adulto / un menor emancipado** y autorizo a un representante a acceder a mi cuenta:

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente (obligatoria) Fecha (obligatorio)

Soy **padre/madre o tutor legal** del paciente y autorizo al representante a acceder a su cuenta:

X \_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o tutor legal (obligatoria) Relación con el paciente (obligatorio) Fecha (obligatorio)

**Firma del representante:** Al firmar a continuación, reconozco y acepto que voy a usar mi propia cuenta del portal del paciente de FollowMyHealth para acceder al portal del paciente de dicho paciente. Me comprometo a cumplir los términos y condiciones que figuran en este documento y entiendo que el paciente puede revocar mi acceso a su cuenta del portal del paciente en cualquier momento.

Soy **la persona / el representante** que tiene acceso a la cuenta del paciente:

X \_\_\_\_\_  
Firma del representante (obligatoria) Relación con el paciente (obligatorio) Fecha (obligatorio)