

1. Información del paciente: (todas las secciones son requeridas. Por favor escriba claramente)

Nombre (*Apellido(s), Primero, Segundo*): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo Electrónico (si es aplicable): _____

Fecha de nacimiento: _____ Registro médico: _____ Número de teléfono: (____)____ - _____

2. Información del apoderado: (todas las secciones son requeridas. Par favor escriba claramente)

Nombre (*Apellido(s), Primero, Segundo*): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo Electrónico (si es aplicable): _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: (____)____ - _____

Ha sido el apoderado paciente de Virginia Hospital Center Arlington Health System? Sí No

3. Por favor a continuación marque una de las casillas que mejor describa el acceso solicitado por el apoderado.

(por favor tenga en cuenta que para todos los tipos de acceso del apoderado, se accederá a través del cuadro médico del paciente a través de la cuenta de MyVHC Patient Portal.)

Paciente Adulto

Acceso al registro de portal del paciente.

Seleccione una categoría:

- De adulto a paciente adulto:**
- El paciente debe firmar esta forma para proveer autorización para la divulgación de su información médica.
 - El paciente es **competente/capaz** de comprender y tomar sus decisiones de atención médica.
 - La autorización de acceso al apoderado es valida hasta que sea revocada por el paciente.
- Guardian legal de un paciente adulto:** [adulto que tiene un guardian designado a través de una orden judicial y documentos que verifican el estado del apoderado como guardian legal permanente del paciente adulto.]
- Esta solicitud debe de ir acompañada de una copia de la documentación legal que verifique la autoridad del apoderado para tener acceso a la información médica del paciente.
 - Debe de notificar de inmediato a Virginia Hospital Center Arlington Health System en caso de cualquier cambio en la autoridad.
- Poder legal para el paciente adulto:** [adulto que ha activado un poder notarial médico duradero para atención médica (DPOA) o poder de atención médica (directiva anticipada) para el paciente adulto]
- Esta solicitud debe de ir acompañada de una copia de la documentación legal que verifique la autoridad del apoderado para tener acceso a la información médica del paciente.
 - Debe de notificar de inmediato a Virginia Hospital Center Arlington Health System en caso de cualquier cambio en la autoridad.

Paciente menor de edad

Acceso al portal de paciente de su hijo (a) menor de edad.

- Individuos que soliciten acceso deben de tener derechos de paternidad o derechos de guardiana legal.

Mi relación con el menor de edad (0-17 años) es:

- Padre o Madre:**
- Debe mostrar identificación con foto.
- Guardian legal permanente del paciente:**
- Esta solicitud debe de ir acompañada de una copia de la orden judicial designando al apoderado como guardian y tambien documentos que verifiquen el estado legal permanente del apoderado como guardian legal del paciente.
- Poder legal para el paciente:**
- Debe adjuntar una copia del poder médico activado que verifique el estado del poder como poder para tomar decisiones médicas para el paciente.

ETIQUETA DEL PACIENTE



CO0009



MyVHC solicitud de apoderado y formulario de autorización

Autorización:

- Al firmar esta solicitud de apoderado, yo entiendo que estoy dando permiso a Virginia Hospital Center Arlington Health System a revelar mi información de salud protegida (PHI) a través de MyVHC Patient Portal a mi apoderado. La información disponible a través de MyVHC Patient Portal incluye, pero no está limitado a: resumen de salud, lista actual de problemas, medicamentos actuales, resultados de laboratorio, e información de citas médicas.
- Yo entiendo que la información disponible a mi apoderado podría incluir información relacionada a: (1) síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) ó Virus de inmunodeficiencia humana (VIH), (2) Tratamiento para el abuso de sustancias, (3) Enfermedades de transmisión sexual, or (4) salud mental, conductual o atención psiquiátrica.
- Esta solicitud de apoderado es efectiva hasta que mi cuenta de MyVHC Patient Portal sea inactivada, acceso a mi apoderado sea revocado ó, si esta inscrito; expirara en esta fecha específica: _____.
- Esta solicitud de apoderado incluye los registros que se crearon o que existían en o antes de la fecha en que se firmó este formulario, así como los registros que se crearon después de la fecha en que se firmó este formulario.
- Entiendo que tengo el derecho de 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 ya divulgada a mi apoderado.
- Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y ya no estaría protegida por leyes federales o de privacidad de la mancomunidad de Virginia.
- Puedo negarme a firmar esta autorización y entiendo que si me rehúso a firmar esto no afectará mi capacidad para obtener tratamiento. Si me niego a firmar esta autorización, no se le otorgará acceso a mi cuenta MyVHC Patient Portal a mi apoderado.

Al firmar a continuación, los padres o el tutor legal de un menor de edad reconocen y aceptan que:

- Utilizaré mi propia cuenta de MyVHC Patient Portal en Virginia Hospital Center Arlington Health System para acceder a la cuenta del menor.
- Tengo los derechos parentales ó la tutela legal para acceder al registro médico de este menor.
- No se me han negado los períodos de colocación física con el menor y no hay órdenes judiciales ni órdenes de restricción en efecto que limiten mi acceso a los registros médicos y/o información de este menor.
- La comunicación en nombre del menor a través del MyVHC Patient Portal se debe enviar desde el registro médico del menor y las respuestas se recibirán en el registro médico del menor. Las alertas por correo electrónico se enviarán a la dirección de correo electrónico ingresada bajo la información del apoderado de custodia parental/legal.
- Para niños de 0 a 17 años, se me otorgará acceso completo al registro médico MyVHC Patient Portal. En el cumpleaños número 18 del menor, ya no tendré acceso al registro médico de MyVHC Patient Portal del menor.

Guardian legal/poder legal para el paciente:

Cualquier documento, en caso, que haya proporcionado en apoyo a mi derecho a acceder a la información de salud protegida del paciente, son copias verdaderas y auténticas, y son los documentos más recientes relacionados con este asunto. Cuando mi autoridad legal para actuar en nombre del paciente haya sido desactivada, revocada, cancelada o expirada, informaré de inmediato a Virginia Hospital Center Arlington Health System por escrito sobre el cambio de autoridad y lo enviaré por correo al departamento de administración de información de salud.

Paciente/Padre legal del paciente menor de edad: Al firmar a continuación, reconozco y acepto que:

- Cumpliré con los términos y condiciones en la página de términos y condiciones del portal para pacientes y en este documento.

X _____
Firma del paciente, padre or guardian legal (requerido) Relacion al paciente (requerido) Fecha (requerido)

Apoderado: Al firmar a continuación, reconozco y acepto:

- Utilizaré mi propio portal de pacientes MyVHC para acceder a la cuenta del portal para pacientes de MyVHC del paciente.
- Cumpliré con los términos y condiciones en los términos y condiciones del portal para pacientes de MyVHC.
- El paciente puede revocar mi acceso a su cuenta de portal de pacientes de MyVHC en cualquier momento.

X _____
Firma del apoderado (requerido) Relacion al paciente (requerido) Fecha (requerido)

***Por favor envíe el formulario a myvhchelp@vhchealth.org**

ETIQUETA DEL PACIENTE



CO0009



MyVHC solicitud de apoderado y formulario de autorización