University Health

Formulario de solicitud y autorización de apoderado para acceder al Portal del Paciente MyChart™

Este formulario es una autorización utilizada para designar a otro adulto como apoderado de MyChart y darle acceso a la información médica disponible en la cuenta MyChart de University Health.

Lea con atención.

Sección I. Información del paciente (todas las secciones son obligatorias – USAR LETRA IMPRENTA)

Nombre:_____ **Fecha de nacimiento:**_____/_____/_____
Apellido Nombre Inicial **MM DD AAAA**

Domicilio:_____
Calle y número Ciudad Estado Código postal

Teléfono:_____ ☐**Celular** ☐**Hogar** ☐**Trabajo** **Correo electrónico:** _____

Sección II. Información del apoderado (EN LETRA IMPRENTA)

Nombre:_____ **Fecha de nacimiento:**_____/_____/_____
Apellido Nombre Inicial **MM DD AAAA**

Domicilio:_____
Calle y Número Ciudad Estado Código postal

Teléfono:_____ ☐**Celular** ☐**Hogar** ☐**Trabajo** **Correo electrónico:** _____

Nombre de usuario de MyChart:_____

Al firmar este formulario de solicitud y autorización de apoderado, reconozco y admito que:

- La participación en MyChart y la designación de un apoderado es totalmente voluntaria. Comprendo que no se me exige designar un apoderado de MyChart, y que no se me exige brindar esta autorización. También comprendo que University Health no condiciona ninguno de mis tratamientos de atención médica, pagos u otros servicios en función de esta autorización. Sin embargo, también comprendo que si no brindo esta autorización, University Health no puede brindar a mi apoderado designado acceso a mis registros de MyChart.
- Comprendo que la información médica en MyChart se obtiene de mi historia clínica electrónica y puede incluir información de todas las instalaciones de University Health. Esto puede incluir material relativo a: 1) infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida); 2) tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas; y 3) problemas de salud mental o conductual, o atención psiquiátrica.
- Autorizo la divulgación de información únicamente a través de mi cuenta de MyChart. Este formulario no autoriza la divulgación de mi historial médico por otros métodos o formatos.
- Comprendo que es posible que cualquier tipo de información obtenida desde mi cuenta sea redivulgada por el apoderado, y que es posible que las protecciones de privacidad federales no cubran dichas divulgaciones.
- Esta autorización permanecerá vigente a menos que sea revocada por escrito, utilizando el formulario BC#236 de University Health "Solicitud para restricciones de uso/divulgación de información médica protegida". Comprendo que revocar esta autorización terminará con el acceso a mi cuenta de MyChart por parte del apoderado designado. Asimismo, comprendo que mi revocación no afectará ninguna divulgación realizada antes del procesamiento de la solicitud de revocación.

_____/_____/_____
Firma del paciente (o persona autorizada) **Parentesco o relación con el paciente** **Fecha**(requerida)

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, por favor comuníquese con:

Medical Records Department
701 S. Zarzamora
San Antonio, TX 78207
Teléfono: (210) 358-1777 FAX: (210)702-4088

Sólo para uso de la oficina:

N.° de expediente médico del paciente: ☐**Aprobado: Enlace de activación enviado el:**_____ ☐**Rechazado: Motivo:** _____