



EP-00007

JOHNS HOPKINS MEDICINE

Escanee e incorpore al registro del paciente una vez completado

Formulario de acceso para el representante – Por autorización

MYCHART DE JOHNS HOPKINS MEDICINE
AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD
(en letra de molde clara)

Nombre del paciente: (primer nombre) (inicial 2do. nombre) (apellido) Fecha de nacimiento:
Dirección: (dirección física) Teléfono:
(ciudad) (estado) (código zip) Núm. Registro médico: (si lo sabe)

Autorizo a Johns Hopkins Medicine a conceder a la persona designada como ("Mi representante") acceso, según lo especificado más abajo, a mi registro médico de Johns Hopkins Medicine, disponible en MyChart. Si Mi representante es un paciente de Johns Hopkins Medicine, la persona designada deberá tener una cuenta activa de MyChart para acceder a mi información de MyChart. Si Mi representante no es un paciente de Johns Hopkins Medicine, se creará una cuenta MyChart para la persona designada una vez que este formulario haya sido procesado.

Nombre del representante: (nombre) (inicial del 2do. nombre) (apellido) Fecha de nacimiento: (obligatorio)
Dirección: (dirección física) Teléfono: (obligatorio)
(ciudad) (estado) (código zip - obligatorio) Dirección de correo electrónico: (obligatorio)

Últimos 4 dígitos del núm. de seguro social de Mi representante (para propósitos de conciliación si Mi representante ha sido paciente en Johns Hopkins):

Se concederá acceso al representante (marque una sola opción):

- Acceso completo – acceso a todas las funciones de MyChart para el representante (para menores de edad - según lo permitido)
Programación solamente – acceso a las funciones de citas y programación solamente

Expiración del acceso del representante (marque una sola opción):

- Fecha de expiración: / /
Válido mientras Mi representante participe en mi atención de la salud

Entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria. No estoy obligado a designar un representante de MyChart. Mi tratamiento no se verá afectado, tanto si firmo esta autorización, como si no lo hago.
Esta autorización es válida durante el tiempo especificado más arriba, a menos que yo revoque/retire esta autorización. Puedo revocar/retirar esta Autorización, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas antes del acuse de recibo de la revocación/retiro, enviando por correo o por fax la solicitud correspondiente por escrito, junto con una copia de la Autorización original, a la clínica o departamento donde se emitió o entregó mi Autorización.
Una vez que Johns Hopkins revele información de salud según lo solicitado, es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales y estatales y podría volver a ser revelada por Mi representante.
La información médica revelada podría contener información relacionada con el estatus de VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, abuso de drogas y alcohol u otra información muy confidencial.
Al firmar abajo, reconozco que he leído y entendido esta Autorización de MyChart y los términos y condiciones de MyChart y acepto sus condiciones.

Firma del paciente solamente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(obligatorio)

Si usted NO es el paciente, pero está firmando en nombre del paciente, por favor, complete lo siguiente.

Yo, \_\_\_\_\_, soy el/la (marque lo que corresponda)  
(nombre en letra de molde)

- Padre/madre con patria potestad (se aplica sólo a los menores de 18 años)
- Tutor legal
- Agente de atención de la salud legalmente designado y el paciente está incapacitado
- Persona con poder médico y el paciente está incapacitado

Firma del representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(obligatorio)

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

DEBE adjuntar una prueba de su autoridad para actuar en nombre del paciente, como se ha indicado más arriba (para los casos en que el representante no sea el padre/madre).