



## Acceso proxy como adulto al portal para pacientes MyHealth

### *Procedimientos y Requisitos*

Mediante el acceso proxy un paciente adulto puede permitir a otra persona de su elección y con otra cuenta dentro del portal, conectarse a su propia cuenta de MyHealth y tener acceso a su información. Cuando una persona se conecta mediante un proxy a la cuenta del portal de otro paciente esta podrá ver y manejar la información personal existe sobre su salud.

Requisitos para tener acceso proxy al historial clínico de un paciente:

- Toda solicitud de acceso es individual y debe presentar un documento de consentimiento firmado por parte del paciente.
- Llenar y firmar la Forma de Autorización de Acceso Proxy para Adultos.
- Todo delegado solicitando tener acceso proxy debe contar con su propia cuenta MyHealth

Entiendo que:

- Debo tener mi propia cuenta para MyHealth
- Debo acceder a MyHealth con mi propia cuenta y contraseña
- Debo respetar a los términos y condiciones del sitio MyHealth
- MyHealth no debe ser usado para casos de emergencia. En caso de que tenga alguna emergencia médica o alguna pregunta médica urgente voy a llamar al 911 o contactar directamente a mi médico.

El acceso proxy al historial clínico de un paciente va a ser denegado cuando este así lo solicite por escrito. Lawndale Christian Health Center tiene derecho de denegar el acceso al historial clínico en cualquier momento.

Toda solicitud y mensaje respecto al paciente debe ser mandado a través del record clínico de este; las respuestas aparecerán dentro de su cuenta MyHealth. Para esto el paciente recibirá de parte de MyHealth una alerta de mensaje en el correo electrónico que haya registrado en el sistema.

Una vez completado el proceso y ya teniendo su cuenta abierta en MyHealth va a recibir dentro de 5-7 días hábiles una carta notificando que ya puede tener acceso al historial clínico del paciente. Usted tendrá acceso a su información médica solamente cuando ya se haya recibido completa la Forma de Autorización por parte del Padre/Encargado.

Place Label Here



## Forma de autorización para tener acceso proxy como adulto al portal para pacientes MyHealth

Favor de llenar la información del **delegado**:

Nombre del delegado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_ Parentezco con el paciente: \_\_\_\_\_

¿Usted (delegado) tiene ya una cuenta activa en MyHealth? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Reconozco haber leído y entendido los requisitos y procedimientos para tener acceso a la cuenta para pacientes MyHealth y a la información médica que contiene. Certifico que soy delegado de la persona citada aquí debajo y que toda la información provista es correcta. Por lo tanto pido tener acceso a la cuenta en línea MyHealth y al historial clínico de este paciente. Esta autorización es válida hasta que sea revocada o expire.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del delegado

Favor de llenar la información del **paciente**:

Nombre del delegado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_ Parentezco con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_\_ Mujer

Comprendo que la siguiente información puede aparecer junto al resto de la información de mi historial clínico: Información relativa a Sida o records de esta, información sobre salud mental y de mi comportamiento, información acerca de enfermedades de transmisión sexual, embarazo, control de natalidad, tratamiento relacionado con drogas/alcohol, información sobre referencias, exámenes genéticos, información sobre abuso/asalto sexual, información acerca de abuso y abandono infantil y abuso hacia un adulto con alguna discapacidad. Entiendo que puedo contactar al Lawndale Christian Health Center en cualquier momento para revocar este consentimiento y quitar el el acceso al delegado a mi portal como paciente y a mi información médica.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo