

CENTRAL OREGON
PEDIATRIC ASSOCIATES

Solicitud de Acceso Representante de MyHealth

Enviar Solicitudes/Revocación de Acceso Representante de MyHealth a ⇨ COPA – Departamento de Registros

Médicos: 2200 NE Professional Court • Bend, OR 97701 • 541-389-6313 • F 541-389-8760

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Teléfono: (____) _____

Dirección: _____
Calle Cuidad Estado Código Postal

¿Tenemos permiso para dejar un mensaje de voz si tenemos preguntas sobre como configurar el acceso? Sí No

Representante de MyHealth

Esta sección debe ser completada por el individuo que solicite el acceso al registro de médico del paciente.

Nombre de Representante: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Teléfono: (____) _____

Dirección: _____
Calle Cuidad Estado Código Postal

*Número de Seguro Social: _____ Correo Electrónico: _____

**Si no desea utilizar un número de Seguro Social, deje esta sección en blanco y se le emitirá un código de acceso de 0000.*

Consentimiento de MyHealth

Un **representante** es una persona a la que se le ha dado permiso para acceder a la cuenta de MyHealth del paciente y la información médica disponible en MyHealth. El acceso a representante está disponible para los siguientes:

- ⇒ Cualquier persona que un paciente adulto permite ser un representante (esposo/a)
- ⇒ Padre de un menor (padre de nacimiento o padre adoptivo)
- ⇒ Guardian legal de un menor o adulto
- ⇒ Padre/Guardián legal de un menor o paciente adulto discapacitado de desarrollo

Si usted no es al padre de nacimiento o al padre adoptivo (por ejemplo, padrastro, abuelo), usted debe proporcionar la documentación que establece que usted es el guardián legal del paciente/representante de la salud.

Entiendo que MyHealth puede contener información médica limitada y no puede reflejar el contenido completa del registro médico. Entiendo que Central Oregon Pediatric Associates tiene el derecho de desactivar el acceso a MyHealth en cualquier momento por cualquier razón.

Entiendo que mis actividades dentro de mi salud pueden ser parte del historial médico del paciente arriba mencionado.

Yo, autorizo la divulgación de cualquier información mantenida en mi registro médico de MyHealth como puede pertenecer a mí, incluyendo la información relacionada con: resultados de la prueba del VIH y diagnóstico del VIH, otras enfermedades de transmisión sexual, diagnóstico de salud mental o información de tratamiento, información de pruebas genéticas, y diagnóstico de drogas/alcohol, tratamiento o información de referencias.

La ley Federal y/o de estado puede restringir la revelación de la información de salud protegida. Entiendo que una vez que se ha divulgado la información, potencialmente puede ser revelado por el representante y las leyes de privacidad ya no pueden proteger mi información.

Mi rechazo a firmar esta autorización no afectara mi capacidad para obtener servicios médicos o reembolso por servicios.

Entiendo que puedo revocar esta autorización enviando una solicitud por escrito de revocación al Departamento de Registros Médicos de COPA.

X _____
Firma del Representante

Nombre Escrito | Relación al Paciente

X ____/____/____
Fecha

X _____
Firma del Paciente 14+ Años – OBLIGATORIO

Nombre Escrito

X ____/____/____
Fecha

SOLO PARA EL USO INTERNO

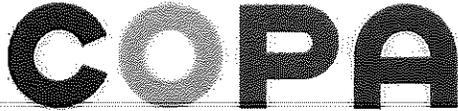
Marca el tipo de acceso de representante de MyHealth:

- Adulto que accede al registro de pacientes adultos
⇒ El acceso permanecerá en vigencia hasta que sea revocado.
- Padre o guardián legal que accede al registro de pacientes menores
⇒ Pacientes menores de 13 años: El acceso de representante expirará en el cumpleaños de 14 años del paciente.
⇒ Pacientes 14 a 17 años: El acceso de representante expirará en el cumpleaños de 18 años.
- Padres o guardián legal acceso a registro de pacientes menores o adultos con discapacidades de desarrollo.

He verificado:

- Formulario esta completo
- Representante Acceso Activado:
____/____/____

Empleado:



CENTRAL OREGON
PEDIATRIC ASSOCIATES

Solicitud de Acceso Representante de MyHealth

Enviar Solicitudes/Revocación de Acceso Representante de MyHealth a ⇨ COPA – Departamento de Registros
Médicos: 2200 NE Professional Court • Bend, OR 97701 • 541-389-6313 • F 541-389-8760

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Teléfono: (____) _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

¿Tenemos permiso para dejar un mensaje de voz si tenemos preguntas sobre como configurar el acceso? Sí No

Representante de MyHealth

Esta sección debe ser completada por el individuo que solicite el acceso al registro de médico del paciente.

Nombre de Representante: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Teléfono: (____) _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

*Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Correo Electrónico: _____

**Si no desea utilizar un número de Seguro Social, deje esta sección en blanco y se le emitirá un código de acceso de 0000.*

Consentimiento de MyHealth

Un **representante** es una persona a la que se le ha dado permiso para acceder a la cuenta de MyHealth del paciente y la información médica disponible en MyHealth. El acceso a representante está disponible para los siguientes:

- ⇒ Cualquier persona que un paciente adulto permite ser un representante (esposo/a)
- ⇒ Padre de un menor (padre de nacimiento o padre adoptivo)
- ⇒ Guardian legal de un menor o adulto
- ⇒ Padre/Guardián legal de un menor o paciente adulto discapacitado de desarrollo

Si usted no es al padre de nacimiento o al padre adoptivo (por ejemplo, padrastro, abuelo), usted debe proporcionar la documentación que establece que usted es el guardián legal del paciente/representante de la salud.

Entiendo que MyHealth puede contener información médica limitada y no puede reflejar el contenido completa del registro médico. Entiendo que Central Oregon Pediatric Associates tiene el derecho de desactivar el acceso a MyHealth en cualquier momento por cualquier razón.

Entiendo que mis actividades dentro de mi salud pueden ser parte del historial médico del paciente arriba mencionado.

Yo, autorizo la divulgación de cualquier información mantenida en mi registro médico de MyHealth como puede pertenecer a mí, incluyendo la información relacionada con: resultados de la prueba del VIH y diagnóstico del VIH, otras enfermedades de transmisión sexual, diagnóstico de salud mental o información de tratamiento, información de pruebas genéticas, y diagnóstico de drogas/alcohol, tratamiento o información de referencias.

La ley Federal y/o de estado puede restringir la revelación de la información de salud protegida. Entiendo que una vez que se ha divulgado la información, potencialmente puede ser revelado por el representante y las leyes de privacidad ya no pueden proteger mi información.

Mi rechazo a firmar esta autorización no afectara mi capacidad para obtener servicios médicos o reembolso por servicios.

Entiendo que puedo revocar esta autorización enviando una solicitud por escrito de revocación al Departamento de Registros Médicos de COPA.

X _____ X ____/____/____
Firma del Representante Nombre Escrito | Relación al Paciente Fecha

X _____ X ____/____/____
Firma del Paciente 14+ Años – OBLIGATORIO Nombre Escrito Fecha

SOLO PARA EL USO INTERNO

Marca el tipo de acceso de representante de MyHealth:

- Adulto que accede al registro de pacientes adultos
⇒ El acceso permanecerá en vigencia hasta que sea revocado.
- Padre o guardián legal que accede al registro de pacientes menores
⇒ Pacientes menores de 13 años: El acceso de representante expirará en el cumpleaños de 14 años del paciente.
⇒ Pacientes 14 a 17 años: El acceso de representante expirará en el cumpleaños de 18 años.
- Padres o guardián legal acceso a registro de pacientes menores o adultos con discapacidades de desarrollo.

He verificado:

- Formulario esta completo
- Representante Acceso Activado: ____/____/____

Empleado: