

Formulario de solicitud y autorización de acceso del apoderado adulto a MyChart

Un paciente adulto o su representante legal pueden completar este formulario para autorizar a otro adulto (“apoderado”) a recibir acceso a su historia clínica MyChart de Virtua Health (Virtua). Un apoderado puede ser un cónyuge, pareja, hijo adulto o cualquier otra persona de confianza que el paciente o su representante legal designen. Tanto el paciente o su representante legal como el apoderado deben firmar este formulario. Envíe este formulario completado al Departamento Corporativo de Administración de la Información Médica de Virtua por fax, al 856-762-2843, o por correo, a 406 Lippincott Drive, Suite J, Marlton, NJ 08053.

Información del paciente:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
(nombre de pila, inicial del segundo nombre, apellido)

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Decido designar a la persona que se detalla debajo como mi apoderada y, por lo tanto, le permito acceder a mi historia clínica MyChart de Virtua. Autorizo a Virtua y a sus entidades subsidiarias y filiales cubiertas a revelar toda la información de mi historia clínica MyChart de Virtua a mi apoderado designado.

Información del apoderado:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
(nombre de pila, inicial del segundo nombre, apellido)

Dirección: _____

Últimos cuatro dígitos del número del Seguro Social: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Entiendo:

- Esta autorización es voluntaria y no estoy obligado a designar un apoderado de MyChart. Virtua no puede condicionar mi tratamiento de atención médica, pago u otros servicios por el hecho de que firme o me niegue a firmar esta autorización. Sin embargo, también entiendo que, si no proporciono la autorización, Virtua no podrá proporcionar acceso a mi historia clínica MyChart a mi apoderado designado.
- Esta autorización permite la revelación de mi información médica a mi apoderado designado, únicamente, a través de mi historia clínica MyChart de Virtua, y no a través de otros métodos o en otros formatos.
- Mi historia clínica MyChart de Virtua contiene información limitada, es decir que no incluye todo el contenido de mi historia clínica de Virtua. En caso de que desee proporcionar a mi apoderado designado el contenido completo de mi historia clínica de Virtua, me comunicaré con el consultorio médico de Virtua o con el Departamento de Administración de la Información Médica del hospital Virtua correspondiente.
- Entiendo que la información médica que se revele a mi apoderado designado puede incluir información más delicada, como registros relacionados con la salud mental o conductual, trastornos por consumo de sustancias (drogas o alcohol), enfermedades o pruebas genéticas, enfermedades de transmisión sexual (ETS), virus de inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) y métodos anticonceptivos y aborto (planificación familiar). Autorizo específicamente la revelación de dicha información médica confidencial a mi apoderado designado a través de mi historia clínica MyChart de Virtua.
- Esta autorización tendrá validez mientras mantenga mi cuenta Virtua MyChart o hasta que revoque (anule) esta autorización, lo que ocurra primero. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una solicitud por escrito al Departamento Corporativo de Administración de la Información Médica de Virtua, usando la información de contacto antes proporcionada. La revocación no afectará a las revelaciones efectuadas antes del procesamiento de mi solicitud por parte del Departamento Corporativo de Administración de la Información Médica.
- La información que se revele a mi apoderado designado en virtud de esta autorización podría estar sujeta a una nueva revelación por parte de este y, en ese caso, ya no estará protegida por las leyes federales y estatales de privacidad.



Al firmar a continuación, reconozco que he leído la información anterior y la comprendo y acepto.

Firma del paciente o de su representante legal (según corresponda)

Fecha

Hora

Nombre del representante legal del paciente (en letra de molde)

Relación con el paciente o declaración de la autoridad para actuar en nombre del paciente (es decir, cónyuge, padre, madre, tutor legal, etc.)

Para que lea y complete el apoderado designado arriba

Debe tener su propia cuenta Virtua MyChart, ya que podrá acceder a la información del paciente desde dicha cuenta. Si no tiene una cuenta Virtua MyChart, le enviaremos un código de activación de Virtua MyChart para que pueda crear una. Indique cómo desea recibir el código de activación; para ello, marque alguna de las siguientes casillas.

- Deseo que me envíen el código de registro a la dirección de correo electrónico que indiqué antes y que se agregue mi dirección de correo electrónico a mi historia clínica de Virtua o se actualice.
- Deseo que me envíen el código de registro por correo postal a la dirección que indiqué antes.

Autorización de apoderado:

Entiendo y acepto lo siguiente:

- Soy el apoderado del paciente antes mencionado.
- Soy mayor de 18 años.
- La información que detallé antes es precisa y está completa.
- He leído, comprendo y acepto los Términos y condiciones de MyChart de Virtua, los cuales están disponibles en el sitio web de MyChart de Virtua en <https://www.virtua.org/MyChart>.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído la información anterior y la comprendo y acepto.

Firma del apoderado designado: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____ Hora: _____

Para uso interno solamente/ For Internal use only:

Virtua Employee's Name:

Virtua Employee's Signature:

Date: