

## Formulario de solicitud y autorización de acceso a MyChart por parte de un apoderado adulto

Si usted es un paciente adulto o el representante legal de un paciente adulto, complete el presente formulario para autorizar a otro adulto a recibir acceso del apoderado a su cuenta MyChart de Virtua Health, que incluye información de su atención en Virtua Health y ciertos proveedores de la comunidad que utilizan el sistema de historias clínicas electrónicas de Virtua Health. Para los propósitos de este formulario, "usted", "su", "yo", "me" o "mi", se refieren al paciente adulto que se detalla debajo. Un apoderado puede ser un cónyuge, pareja, cuidador, hijo adulto o cualquier otro adulto de confianza designado por usted. Todos los campos deben ser completados. Envíe este formulario completado al Departamento Corporativo de Administración de la Información Médica de Virtua Health 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 Health. Autorizo a (i) Virtua Health y sus entidades subsidiarias y filiales cubiertas, y (ii) a cualquiera de los proveedores de la comunidad que utilizan su sistema de historias clínicas electrónicas para divulgar toda la información contenida en mi historia clínica MyChart de Virtua Health a mi apoderado designado.

### Información del apoderado (el "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 y acepto lo siguiente:

- Esta autorización es voluntaria y no estoy obligado a designar un apoderado de MyChart. Ni Virtua Health ni ninguno de los proveedores de la comunidad que utilizan su sistema de historias clínicas electrónicas pueden condicionar ninguno de mis tratamientos de atención médica, pagos u otros servicios a mi firma o negativa a firmar esta Autorización. Sin embargo, también entiendo que, si no proporciono la autorización, Virtua Health y los proveedores comunitarios participantes no están autorizados a proporcionar acceso a mi historia clínica de Virtua Health MyChart al apoderado.
- Esta autorización permite la divulgación de mi información médica al apoderado, únicamente, a través de Virtua Health MyChart y no a través de otros métodos o en otros formatos.
- Mi historia clínica de Virtua MyChart contiene información limitada, es decir que no incluye todo el contenido de mi historia clínica de Virtua Health. En caso de que desee proporcionar al apoderado el contenido completo de mi historia clínica de Virtua Health, me comunicaré con el consultorio médico de Virtua Health, con el Departamento de Administración de la Información Médica del hospital Virtua Health correspondiente o con el proveedor comunitario correspondiente.
- Entiendo que la información médica que se revele al apoderado 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 divulgación de dicha información médica confidencial a mi apoderado a través de mi historia clínica de Virtual Health MyChart.



- Esta autorización tendrá validez mientras mantenga mi cuenta MyChart de Virtua Health 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 Health, usando la información de contacto antes proporcionada. La revocación no afectará a las divulgaciones efectuadas antes del procesamiento de mi solicitud.
- La información que se divulgue a mi apoderado en virtud de esta autorización podría estar sujeta a una nueva divulgación 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 My Chart de Virtua Health, ya que podrá acceder a la información del paciente desde dicha cuenta. Si no tiene una cuenta My Chart de Virtua Health, le enviaremos un código de activación de Virtua Health 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 Health, los cuales están disponibles en el sitio web de MyChart de Virtua Health 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:**

Nombre del empleado de Virtua:	Firma del empleado de Virtua:	Fecha:
--------------------------------	-------------------------------	--------