

Formulario de autorización para la divulgación de información médica y cuidador/representante de adulto



MyChart®

Austin Regional Clinic

- **Complete este formulario si su cuidador/representante NO es paciente de ARC y no tiene una cuenta de ARC MyChart activa.** Por favor lea las instrucciones de abajo.
- Si usted y su cuidador/representante **ya tiene una cuenta de ARC MyChart activa**, visite ARCmychartproxy.com para obtener instrucciones guiadas en línea.

INSTRUCCIONES:

Este formulario de autorización para la divulgación de información médica y cuidador/representante de adulto de ARC MyChart permitirá a Austin Regional Clinic (ARC) compartir su información médica contenida en su cuenta de ARC MyChart con su cuidador/representante como se designa a continuación.

***** Por favor léelo atentamente. *****

Este formulario debe completarlo el paciente autorizando a otro adulto a acceder a su información médica en su registro de ARC MyChart. Completando este formulario se establecerá una cuenta ARC MyChart para usted y su cuidador/representante.

1. Complete el formulario

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: ** TODOS LOS CAMPOS SON REQUERIDOS ** Por favor imprima claramente.

Apellido del **paciente**: _____ **Nombre**: _____ Inicial del segundo nombre: _____

N.º de expediente médico de ARC (**adquirido en la clínica**): _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono principal: _____

Clínica principal: _____

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR/REPRESENTANTE: ** TODOS LOS CAMPOS SON REQUERIDOS ** Por favor imprima claramente.

Apellido: _____ **Nombre**: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Paciente ajeno a ARC – Últimos cuatro dígitos de su número del Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono principal: _____

2. Firme los términos y el acuerdo de divulgación de información médica de ARC MyChart

Solicito que el cuidador/representante mencionado arriba obtenga acceso a mi información médica que está disponible en mi expediente de MyChart de Austin Regional Clinic. Esta persona es mi cuidador/representante designado de ARC MyChart. Autorizo a Austin Regional Clinic a revelar la información médica de mi expediente de ARC MyChart a mi cuidador/representante de ARC MyChart indicado arriba. Entiendo que la información médica en ARC MyChart se obtiene de mi expediente médico electrónico y puede incluir información de todos los centros mencionados en el Aviso de prácticas de privacidad de Austin Regional Clinic. Entiendo que la información de mi expediente médico puede incluir información sobre enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud conductual o mental, y tratamiento para el consumo de alcohol y drogas. Autorizo a que se revele a mi cuidador/representante designado cualquier información de mi expediente médico de MyChart que tenga Austin Regional Clinic.

Autorizo la revelación de esta información solo mediante mi expediente de ARC MyChart. Este formulario no autoriza que se revele mi expediente médico a mi cuidador/representante designado por otros métodos o en otros formularios.

Entiendo que cuando se haya revelado la información, es posible que el cuidador/representante la vuelva a revelar y que esta información puede no estar protegida por las leyes federales de protección de la privacidad.

La participación en ARC MyChart y la designación de un cuidador/representante de ARC MyChart es totalmente voluntaria. Entiendo que no tengo la obligación de designar a un cuidador/representante de ARC MyChart ni de proporcionar esta autorización. También entiendo que Austin Regional Clinic no determina ningún tratamiento de atención médica, pago u otros servicios en función de si proporciono esta autorización. Sin embargo, también entiendo que si no proporciono la autorización, Austin Regional Clinic no está autorizada a permitir que mi cuidador/representante designado acceda a mi expediente de ARC MyChart.

***** Dé vuelta para completar la página 2 de este formulario *****

Formulario de autorización para la divulgación de información médica y cuidador/representante de adulto



MyChart

Austin Regional Clinic

(Continuación de términos y acuerdo)

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, mi cuidador/representante designado ya no podrá acceder a mi expediente de ARC MyChart, pero mi revocación no se aplica a la información a la que ya se haya accedido en ARC MyChart según mi autorización. Cualquier paciente mayor de 12 años puede revocar el acceso del cuidador/representante mediante su cuenta ARC MyChart en My Account (Mi cuenta) > My Family's Records (Expediente de mi familia). Entiendo que la revocación no afectará a la revelación de información que se haya hecho antes de revocar el acceso del cuidador/representante.

Reconozco que leí y entiendo este formulario de autorización para la divulgación de información médica y cuidador/representante de adulto de ARC MyChart. Por el presente, afirmo que soy el paciente y el cuidador/representante mencionados arriba. Acepto los términos y elijo designar a la persona mencionada arriba como mi cuidador/representante de ARC MyChart, permitiéndole el acceso a mi expediente médico de ARC MyChart. Entiendo que cualquier revelación de información tiene el potencial de una nueva revelación no autorizada y que la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad.

Firmando abajo, reconozco que leí, entiendo y acepto los términos de este formulario de autorización para la divulgación de información médica y cuidador/representante de adulto de ARC MyChart.

Firma del proveedor de cuidado	Relación con el paciente	Fecha <i>(requerida)</i>
Firma del paciente/persona autorizada		Fecha <i>(requerida)</i>
Si firma una persona que no sea el paciente, indique la autoridad para firmar en su nombre (<i>p. ej., tutor, apoderado</i>) y adjunte la documentación:		

NOTA: La autorización es indefinida y seguirá activa hasta el momento en que usted considere necesario que el apoderado especificado arriba ya no tenga acceso proporcionando una solicitud por escrito a su clínica principal.

3. Envíe el formulario completado

Envíe el formulario completado a la recepción de su clínica ARC.

FOR CLINIC USE ONLY:

Please sign and date processed forms prior to forwarding to Centralized Scanning.

Approved by: _____ Clinic Location: _____ Date: _____

Proxy granted by: _____ Department Name: _____ Date: _____