



Patient Label

## Solicitud de autorización de acceso a MyHealth para un representante adulto

Un paciente puede concederle a otra persona (un representante o apoderado) acceso a su información de salud personal con esta prestación de MyHealth. La persona designada como representante deberá tener su propia cuenta personal de MyHealth.

La cantidad de información que un representante puede ver en el expediente médico puede ser completa o limitada:

- El **acceso por representación completo** puede incluir toda la información del paciente que consta en el expediente médico o bien estar limitado.
- El **acceso por representación limitado** puede incluir citas visibles, envío limitado de mensajes, y datos de facturación.

Este formulario debe cumplimentarlo el paciente adulto que autoriza (faculta) a que otra persona adulta tenga acceso a su información médica. **Si el paciente no puede físicamente firmar este formulario, es necesario presentar la documentación confirmando la tutoría legal o bien un poder notarial para decisiones relacionadas con la atención médica. Hay que llenar todas las secciones de este formulario para validar el acceso por representación.** Una vez cumplimentados los formularios, se pueden devolver a la clínica de Legacy donde el paciente recibe los servicios.

Información del Paciente	
Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Dirección/Domicilio: _____	
Información del Representante	
Nombre y apellido(s) del representante: _____	Fecha de nacimiento: _____
Número de teléfono: _____	Dirección de correo electrónico: _____
Dirección/Domicilio: _____	
Relación o parentesco con el paciente <input type="checkbox"/> Conyugue <input type="checkbox"/> Tutor legal/Poder notarial* <input type="checkbox"/> Curador* <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro: _____	
<b>*Se requiere documentación legal para los tutores legales, curadores o bien un poder notarial para atención médica</b>	
Tipo de acceso facultado (marque la casilla correspondiente):	
<input type="checkbox"/> Acceso por representación completo <input type="checkbox"/> Acceso por representación limitado	
*Si no se selecciona un tipo de acceso, se designará por defecto el Acceso por representación limitado	

### Autorización del paciente para el acceso por representación

Por la presente entiendo que con mi firma, concedo acceso por representación a mi información médica a través de Legacy Health MyHealth a la persona nombrada anteriormente. Entiendo que otorgar acceso a un representante es una decisión voluntaria, y que no estoy obligado a designar a un usuario representante. Entiendo que puedo revocar el acceso a un representante en cualquier momento mediante una solicitud por escrito. Acepto cumplir con los *Términos y condiciones de uso* que se encuentran en: <https://myhealth.lhs.org>

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Información del Representante

Doy fe de que soy el usuario representante nombrado anteriormente y que estoy autorizado a tener acceso a la información confidencial del susodicho paciente a través de Legacy Health MyHealth. Acepto cumplir con los *Términos y condiciones de uso* que se encuentran en: <https://myhealth.lhs.org>

\_\_\_\_\_  
Firma del Usuario Representante Designado

\_\_\_\_\_  
Fecha