



**THE UNIVERSITY OF
KANSAS HEALTH SYSTEM**

11300 Corporate Ave., Suite 345,
Lenexa, KS 66219

**Departamento de Gestión de
Información de Salud**

No escriba en este cuadro



DT4171

Solicitud de acceso a MyChart

Nombre: _____

F. de nac.: _____

N.º de registro médico: _____

Solicitud de acceso por poder a MyChart: para acceder al MyChart de un paciente adulto

Otorgamiento de acceso a su información médica disponible en MyChart a otras personas

- Un apoderado es una persona que puede acceder a la información de su cuenta de MyChart como si fuera usted.
- El cónyuge, el adulto que lo cuida, el padre o la madre o el tutor legal pueden tener acceso completo a su cuenta de MyChart con un acceso por poder.
- Para que un apoderado adulto (de 18 años o más) pueda ver la información en MyChart, es necesario llenar el siguiente formulario.
- La autorización de acceso por poder a la cuenta de un paciente adulto es válida hasta que sea revocada por el paciente, el fallecimiento o cualquier requisito legal o normativo que permita automáticamente que la autorización quede sin efecto.
- Los adultos con capacidad disminuida, pueden hacer que sus tutores legales soliciten el acceso por poder.

1. Información del paciente adulto: (paciente al cual se solicita acceso por poder)

Nombre del paciente: Apellido _____ Nombre _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ Sexo M ___ F ___

Segundo nombre _____ Nombres anteriores _____ Número de Seguro Social: _____ - - _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono móvil principal _____ Correo electrónico _____

Médico de cabecera _____ Consultorio primario o clínica _____

2. Información del apoderado adulto: (Padre o madre, cónyuge o tutor legal que desea acceder a la información del paciente por medio de un poder)

Nombre del apoderado: Apellido _____ Nombre _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ Sexo M ___ F ___

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombres anteriores _____ Número de Seguro Social: _____ - - _____

Teléfono principal _____ Teléfono alternativo _____ Correo electrónico _____

¿El apoderado tiene una cuenta de MyChart activa? _____ ¿Ha sido el apoderado un paciente de KU Health System? _____

Relación con el paciente: ___ Padre o madre ___ Cónyuge ___ Cuidador del paciente adulto ___ Guardián legal * ___ Otro* (especifique) _____

**Esta solicitud debe ir acompañada de una copia de la documentación legal que verifique la relación del apoderado con el paciente.*

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Para ser completada por el paciente adulto.

Autorizo a The University of Kansas Health System a divulgar la información médica a través de MyChart a: El apoderado designado nombrado arriba

- **La siguiente información se va a divulgar:** Toda la información según se autorice a través de MyChart (tenga en cuenta que MyChart tal vez no contenga su historia clínica completa).
- Entiendo que tengo el derecho de limitar esta autorización en cualquier momento a través de los Ajustes de Acceso Familiar de MyChart o firmando el formulario de Revocación de Apoderado de MyChart.
- Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización.
- Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades transmitidas sexualmente, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información acerca de los servicios de salud conductual o mental, y los tratamientos contra el abuso de drogas y alcohol. Autorizo la divulgación de estos registros.
- Entiendo que la autorización para la divulgación de esta información de salud es voluntaria. Me puedo negar a firmar esta autorización.
- Entiendo que toda divulgación de información conlleva la posibilidad de que se produzca una nueva divulgación no autorizada y que la información tal vez no esté protegida por las normas federales de confidencialidad.
- Entiendo que toda divulgación de información conlleva la posibilidad de que se produzca una nueva divulgación no autorizada y que la información tal vez no esté protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con la Oficina de Relaciones con el Paciente de The University of Kansas Health System al 913-588-1290.
- Entiendo que esta autorización debe ser llenada completamente y firmada y fechada para ser considerada válida. El código de activación que reciba será válido durante sesenta días.
- Declaro que tengo 18 años de edad o más, o que estoy emancipado legalmente y que tengo la facultad legal para firmar esta autorización.

Firma del paciente o del representante personal

Nombre en letra de imprenta del paciente o del representante personal

____/____/____
Fecha

Envíe por correo, fax o correo electrónico el formulario completado y la documentación requerida a: The University of Kansas Health System-Health Information Management Dept.
11300 Corporate Ave., Suite 345, Lenexa, KS 66219 Fax: 913-588-2495 Correo electrónico: MyChart@kumc.edu

Solicitud de acceso por poder a MyChart: para acceder al MyChart de un paciente adulto