



**THE UNIVERSITY OF
KANSAS HEALTH SYSTEM**

11300 Corporate Ave,
Lenexa, KS 66219

**Departamento de Gestión de
Información de Salud**

No escriba en este cuadro



DT5207

Solicitud de revocación de MyChart

Nombre: _____

F. de nac.: _____

Núm. de registro médico: _____

Solicitud de revocación del acceso por poder a MyChart

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.
- Un cónyuge o un cuidador puede tener acceso completo a su cuenta MyChart con un acceso por poder.
- 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.
- El acceso por poder a la cuenta MyChart de un paciente menor termina automáticamente cuando el paciente cumple 18 años.

1. Datos del paciente: (Paciente para el que se revoca el acceso por poder)

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

Dirección _____

Nombres anteriores _____

Teléfono principal _____ Teléfono alternativo _____ Correo electrónico _____

Médico de cabecera _____ Primaria o clínica _____

2. Información del apoderado: (Persona para la cual el acceso del apoderado a la información del paciente debe ser revocado).

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

Dirección _____

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

¿El apoderado ha sido paciente en un centro de KU Health System? _____

Relación del apoderado con el paciente:

___ Padre o madre ___ Cónyuge

___ Poder notarial duradero para el cuidado de la salud (DPOA) * ___ Tutor legal *

___ Cuidador de un paciente adulto ___ Otro (especificar) _____

**Esta solicitud debe estar acompañada por una copia de los documentos legales que verifiquen la relación del apoderado con el paciente.*

AUTORIZACIÓN PARA REVOCAR EL ACCESO A MI INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA en MyChart:

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 aplica a la revocación del acceso al apoderado de MyChart: 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 revocar el acceso por poder en cualquier momento a través de las Configuraciones de Acceso Familiar 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 asuntos reproductivos, enfermedades transmitidas sexualmente, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o 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. Revoco la divulgación de esta información a través de MyChart.
- 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, y la desactivación de la función de acceso por poder a MyChart debe ocurrir dentro de sesenta días a partir de la fecha de esta autorización.
- Declaro que tengo 14 años o más, o que estoy legalmente emancipado, y que tengo la autoridad legal para firmar esta revocación.

_____/_____/_____
Firma del paciente/persona autorizada Relación con el paciente Fecha
(padre/madre, tutor, poder, etc.)

Nombre en letra de imprenta del solicitante de la revocación Teléfono principal Teléfono alternativo Correo electrónico

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, Lenexa, KS 66219 Fax: 913-588-2495 Correo electrónico: MyChart@kumc.edu