

Nevada Health Centers, Inc.
FORMULARIO DE ACCESO COMO
REPRESENTANTE AL PORTAL DEL PACIENTE

El acceso como representante permite que una persona acceda a los datos del expediente médico de otra persona disponible en el Portal del paciente de Nevada Health Centers. Es posible que los pacientes quieran conceder acceso a un familiar o un amigo cuando necesiten ayuda para manejar sus citas y otras necesidades médicas.

En cualquier relación de representación participan dos personas. Una de estas es la persona a cuyo expediente se está accediendo (el “paciente”). La otra es la persona que necesita acceder al expediente (“representante”). Los pacientes pueden designar a varios representantes, si quisieran. Solo los adultos mayores de 18 años pueden actuar como representantes.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre del paciente (<i>obligatorio</i>):	Fecha de nac. del paciente (<i>obligatorio / mm/dd/aaaa</i>):
Dirección del paciente (<i>obligatorio</i>):	
Patient's MRN (<i>para uso de la oficina solamente</i>):	
INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE	
Nombre (<i>especifique el nombre del representante que recibe acceso</i>):	Fecha de nacimiento (<i>obligatorio</i>):
Dirección (<i>dirección física, ciudad, estado, código postal</i>):	Teléfono:
<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Línea fija	
Dirección de correo electrónico del representante (<i>obligatorio</i>):	Relación con el paciente:
¿Es el solicitante de la representación un paciente en Nevada Health Centers? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
If yes, MRN (<i>para uso de la oficina solamente</i>):	
AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL	
<ul style="list-style-type: none"> • Por este medio autorizo que se revele toda la información médica y de facturación sobre el paciente incluida en la cuenta del portal del paciente a la persona a la que se concede acceso como representante mencionada abajo. El propósito de esta revelación es permitir que la persona a la que se le concede acceso como representante tenga acceso continuo a la información médica y de facturación del paciente. • Entiendo que la persona que recibe acceso como representante no es un proveedor de atención médica ni un plan médico cubierto por las reglamentaciones federales de privacidad, y que la información a la que tiene acceso el representante podría volverse a revelar por esa persona, dejándola desprotegida. • Entiendo que, mediante comunicación con Nevada Health Centers, puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, salvo hasta donde se hayan tomado medidas respaldadas en esta autorización. • Esta autorización vencerá cuando el paciente (o el representante o padre/madre del paciente) la revoque o cuando se cancele la cuenta del portal del paciente. 	

Nevada Health Centers, Inc.
FORMULARIO DE ACCESO COMO
REPRESENTANTE AL PORTAL DEL PACIENTE

Estoy solicitando que se me conceda acceso como representante y certifico que (marque uno):

- Soy el paciente.
- Me concedieron un poder para cuestiones de atención médica del paciente.
- Tengo esta relación con el paciente (encierre uno en un círculo):
Padre / madre y el paciente es menor de edad.
- Soy el tutor del paciente.

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Acepto el acceso de apoderado:

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____ Fecha: _____

O

Estoy solicitando que se revoque el acceso como representante y certifico que (marque uno):

- Soy el paciente.
- Me concedieron un poder para cuestiones de atención médica del paciente.
- Tengo esta relación con el paciente (encierre uno en un círculo):
Padre / madre y el paciente es menor de edad.
- Soy el tutor del paciente.

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____ Fecha: _____

INTERNAL NVHC STAFF USE ONLY:

Date Received: _____

Requestor's ID Verified?: Yes No

Name of Staff Member who received form
on the behalf of the provider (*please print*): _____

Staff Member Signature: _____

Instructions for Staff:

1. Make a copy of the Proxy Requestor's photo identification card.
2. Scan the photo ID and this Proxy Access form into the Patient's chart using the document folder "**FDS-MyChart Proxy Consent**".
3. Route the scanned document to your clinic's Front Office Pool for processing.

Nevada Health Centers, Inc.
**FORMULARIO DE ACCESO COMO
 REPRESENTANTE AL PORTAL DEL PACIENTE**

Tipo de paciente	Quién puede actuar como representante	Quién debe dar autorización / firma	Revocación / cancelación
Adulto competente	El paciente puede designar a cualquier otro adulto para que tenga acceso como representante a la cuenta del portal del paciente.	El paciente puede conceder y revocar el acceso como representante cuando quiera desde su propia cuenta del portal. Si el paciente adulto no tiene o no quiere su propia cuenta personal del portal, el paciente debe firmar conjuntamente este formulario aprobando el acceso del representante a la cuenta del paciente.	El Paciente puede revocar el acceso como representante en cualquier momento por medio del botón en EPIC "Revoke" (Revocar) provisto en el portal del paciente o comunicándose con su proveedor de atención médica.
Adulto incompetente	Una persona que actúa como el representante de un adulto incompetente puede designarse (o designar a otro adulto competente) para tener acceso como representante a la cuenta del portal del paciente. El representante del paciente debe ser el tutor del paciente o debe estar designado como el apoderado del paciente para cuestiones de atención médica, según se evidencie en la documentación legal apropiada que se proporcione.	El representante del paciente debe firmar este formulario, autorizando a la persona mencionada para que tenga acceso a la cuenta del paciente.	El representante del paciente puede revocar el acceso como representante en cualquier momento. Además, si el representante del paciente ya no actúa en esa capacidad (por ejemplo, se revocó el poder), el representante del paciente acepta avisar a NVHC con prontitud. Cuando se dé ese aviso, se cancelará el acceso a la cuenta del portal del paciente. En el período intermedio, el representante del paciente acepta no acceder a la cuenta del portal del paciente, y entiende que hacerlo constituye un acceso no autorizado a información médica privada.
Menores de edad, 0-11 años	Un padre/madre o tutor puede designarse (o designar a otro adulto competente) para tener acceso como representante a la cuenta del portal del paciente. Un tutor del paciente que pretende tener acceso a la cuenta del portal del paciente debe presentar la documentación legal apropiada. Padres de crianza temporal: Medical Faculty Associates no permite que los padres de crianza temporal tengan acceso como representantes a la cuenta del portal de su menor en crianza temporal.	Si el padre/madre o tutor legal del menor designa el acceso a otro adulto, el padre/madre o el tutor del menor debe firmar este formulario, autorizando a la persona mencionada para que tenga acceso a la cuenta del paciente.	El padre/madre o tutor del paciente puede revocar el acceso como representante en cualquier momento. En el cumpleaños 12 del paciente, el acceso de los representantes a la información médica del menor queda limitado.
Menores de edad, 12-17 años	Debido a las leyes federales y estatales de confidencialidad específicas para pacientes adolescentes de entre 12 y 17 años, hay ciertos tipos de información médica que el padre/madre o tutor de un paciente menor de edad no puede ver sin el consentimiento del paciente menor de edad. Debido a estos requisitos, damos un acceso muy limitado a los pacientes de entre 12 y 17 años.	Los pacientes de entre 12 y 17 años son elegibles para tener su propia cuenta en el portal del paciente. Pueden conceder y revocar acceso como representante directamente desde su cuenta personal del portal.	En el cumpleaños 12 del paciente, el acceso de los representantes a la información médica del menor queda limitado. En el cumpleaños 18 del paciente, el acceso de los representantes al expediente del paciente queda cancelado automáticamente.