

Instrucciones para la renuncia y el consentimiento expreso de un representante legal de pacientes adultos

La característica de MyHealthONE para los cuidadores les permite a los pacientes otorgar acceso a sus propias cuentas de MyHealthONE para que otras personas puedan ver su información de salud. Los cuidadores deben ser personas de confianza y estarán designados legalmente para acceder a la información de salud del paciente.

Para solicitar permisos de cuidador para un familiar o un ser querido a través de MyHealthONE, o bien, para permitir que otra persona tenga permisos de cuidador para acceder a su cuenta de MyHealthONE, **lleve el formulario adjunto al hospital en el que el paciente estuvo la última vez. Deberá completar y firmar el formulario en presencia de un representante del hospital** en la oficina de admisión de pacientes, de administración de información de salud o de registros médicos.

Si el paciente no puede firmar el formulario de *Renuncia y Consentimiento*, el apoderado del paciente puede firmar en su nombre. El apoderado debe presentar su documentación y una identificación con foto emitida por el estado. Si el paciente no puede firmar el formulario de *Renuncia y Consentimiento*, y tampoco tiene un apoderado, no puede llevarse a cabo la inscripción del cuidador ni del representante legal.

Para pacientes de 0 a 12 años

Lleve la *Renuncia y consentimiento expreso de un representante legal de pacientes menores de 0 a 12 años* al hospital en el que el menor estuvo la última vez. El padre o tutor legal debe presentar una identificación con foto. Aunque cualquiera puede ser cuidador o representante legal, el padre o tutor legal debe firmar la *Renuncia y consentimiento expreso de un representante legal de pacientes menores de 0 a 12 años* en la admisión del hospital.

Para pacientes de 13 a 17 años

Seleccione a una persona de confianza como su cuidador. Lleve la *Renuncia y consentimiento expreso de un representante legal de pacientes menores de 13 a 17 años* al hospital en el que el menor estuvo la última vez. Tanto el padre o tutor legal como el paciente menor deben firmar la *Renuncia y consentimiento expreso de un representante legal de pacientes menores de 13 a 17 años*, y presentar una identificación con foto en la admisión del hospital.

Para pacientes adultos

Lleve la *Renuncia y consentimiento expreso de un representante legal de pacientes adultos* al hospital en el que usted estuvo la última vez. Deberá presentar una identificación con foto en el hospital y estar preparado para dar la información sobre su cuidador o representante legal.

Para el cuidador

Todos los cuidadores deben tener al menos 18 años de edad, tener una dirección de correo electrónico activa y presentar una identificación con foto reciente, emitida por el estado, al hospital en el que el paciente estuvo la última vez.

Cuando el hospital haya procesado el formulario, llame al equipo de soporte de MyHealthONE al 1-855-422-6625 para finalizar el proceso de inscripción del cuidador.

Para el hospital

Como empleado del hospital, si tiene preguntas acerca de este formulario, llame al equipo del hospital de soporte del portal de MyHealthONE. Este formulario también está disponible en *Atlas Connect*.

* M T P O R T *

* M T P O R T *



* M T P O R T *

Representante de un Adulto

Renuncia y Consentimiento Expreso

Yo, el paciente, otorgo al apoderado identificado acceso a mi información de salud y otra información ("mi información") y entiendo que, al hacerlo, renuncio a todos los derechos relacionados con la privacidad y confidencialidad de mi información a la persona mencionada anteriormente a quien le e dado acceso (incluidas, entre otras, las prácticas de privacidad del centro de atención médica de HCA). Declaro y garantizo que he soy considerado de edad adulta en mi estado de residencia, o que soy un menor legalmente emancipado con la capacidad de entrar en acuerdos relacionados con el consentimiento de acceso y la renuncia a los derechos relacionados con mis datos médicos. Además, entiendo y reconozco que (a) el centro médico de HCA Healthcare puede confiar en esta renuncia y consentimiento hasta que yo la revoque por escrito; (b) al proporcionar esta renuncia y consentimiento, la persona nombrada tiene los mismos derechos que yo para acceder a mi información; y (c) que renuncio a todos los derechos y recursos relacionados con el uso o mal uso de mi información por parte de la persona nombrada que el centro de HCA Healthcare le proporciona a la persona mencionada con esta renuncia y consentimiento expreso. Tenga en cuenta que, si se revoca esta renuncia y consentimiento, dicha revocación no afectará ninguna acción tomada en base a esta renuncia y consentimiento antes de dicha revocación. Si deseo revocar este consentimiento, debo de llamar al Soporte del Portal del Paciente al 1-855-422-6625.

Información del Paciente	
Nombre del Paciente (en letra de imprenta):	Número de Registro Médico del Paciente:
Número de Cuenta del Paciente:	Firma del Paciente/Representante Autorizado del Paciente:
Fecha del Consentimiento:	
Información del Representante	
Nombre del Representante (en letra de imprenta):	Dirección de Correo Electrónico del Representante:

MTPORT

MTPORT



MTPORT