

## FORMULARIO DE REGISTRO DE APODERADO DEL PORTAL DEL PACIENTE (REPRESENTANTE AUTORIZADO)

<b>INFORMACION DEL PACIENTE</b>		
Nombre:	Fecha de nacimiento:	
Dirección:	# de Cuenta:	
Ciudad:	Número de teléfono:	
Estado:	Código postal:	Correo electrónico:
<p>Si está solicitando acceso de apoderado (representante autorizado), marque una de las casillas a continuación. Tenga en cuenta que, para todos los tipos de acceso de apoderado, se accederá a la historia clínica del paciente a través de una cuenta del portal del paciente de apoderado (representante autorizado). Tenga en cuenta las siguientes limitaciones de rango de edad para acceder al portal como apoderado (representante autorizado). Estas limitaciones de rango de edad no afectan ningún derecho legal que tenga para acceder al registro de su hijo por otros medios.</p>		
<input type="checkbox"/> Adulto de un niño de 0-12 años (Acceso al expediente de su hijo menor de edad)	Si su hijo tiene entre 0 y 12 años: se le otorgará acceso completo al portal de su hijo a través de una cuenta de representante autorizado.	
<input type="checkbox"/> Adulto de un niño de 13-17 años (acceso al expediente de su hijo menor de edad) <input type="checkbox"/> Acceso completo <input type="checkbox"/> Acceso restringido (solo vacunas y facturación)	Si su hijo tiene entre 13 y 17 años: Debido a las leyes federales y estatales de confidencialidad, no puede acceder a ciertos tipos de información médica sin el consentimiento de su hijo (como drogas y alcohol, salud mental, salud reproductiva y ciertas enfermedades). Esta es la ley, esta no es la política de Matthews-Vu Medical Group. Con el consentimiento por escrito de su hijo, puede obtener acceso al portal a través de una cuenta de Proxy (Representante Autorizado).	
<input type="checkbox"/> Adulto para un adulto (acceso al registro de otro adulto) <input type="checkbox"/> Acceso completo <input type="checkbox"/> Acceso restringido (solo vacunas y facturación)	El paciente o el representante legal del paciente debe firmar este formulario para proporcionar autorización para la divulgación de información médica en forma de una cuenta de Proxy (Representante Autorizado) del portal.	
Representante Legal (Documentación requerida)	<input type="checkbox"/> Tutor legal (orden judicial) <input type="checkbox"/> Poder notarial para atención médica (se requiere documentación) <input type="checkbox"/> Otro _____	

### **PACIENTE – Entiendo que:**

- El uso del Representante Autorizado del Portal del Paciente es voluntario y no estoy obligado a otorgar a otra persona (apoderado) acceso a mi Cuenta del Portal del Paciente de esta manera.
- Al firmar este documento, reconozco que he leído y entendido la información anterior y otorgo a este representante para tener acceso a mi información de salud personal en forma de una cuenta de portal de apoderado (representante autorizado).
- Puedo cancelar el acceso de este apoderado (representante autorizado) a mi cuenta del portal del paciente en cualquier momento comunicándome con Matthews-Vu Medical Group, a menos que exista una orden judicial que otorgue a este apoderado (representante autorizado) acceso completo a mis registros médicos.

### **APODERADO (REPRESENTANTE AUTORIZADO) – Entiendo que:**

- Este acceso de Proxy (Representante Autorizado) está destinado a ser un acceso seguro en línea a la información de salud personal de este paciente. No puedo compartir su información de inicio de sesión y contraseña con otra persona.
- Puedo usar este acceso de Proxy (Representante Autorizado) para enviar mensajes sobre este paciente; No puedo usar la cuenta personal del portal del paciente de este paciente (solo para pacientes adultos).
- Es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantener este nombre de usuario y los datos de la contraseña de manera segura y cambiar esta contraseña o comunicarme con Matthews-Vu Medical Group de inmediato si creo que puede haber sido comprometida de alguna manera. El acceso al Portal del Paciente de Matthews-Vu Medical Group se proporciona para comodidad a los pacientes y a sus Representantes Autorizados. Matthews-Vu Medical Group tiene el derecho de revocar el acceso al Portal del Paciente por parte de un paciente o su Representante Autorizado en cualquier momento y por cualquier motivo.
- Es mi responsabilidad asegurarme de que mi dirección de correo electrónico esté actualizada en todo momento. Entiendo que, si mi correo electrónico no está actualizado, no recibiré notificaciones de los mensajes que se me envíen con respecto a este paciente.

### **APODERADO (REPRESENTANTE AUTORIZADO)**

Nombre:		
Dirección:	Fecha de nacimiento:	
Ciudad:	Número de teléfono:	
Estado:	Código postal:	Correo electrónico:

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entendido este Formulario de registro de apoderado (representante autorizado) del Portal del Paciente y acepto sus términos. Elijo designar a la persona nombrada anteriormente como mi Apoderado (Representante Autorizado), lo que le permite acceder a mi registro médico a través de mi Cuenta del Portal del Paciente de Matthews-Vu Medical Group.

Nombre del paciente:	(Por favor, imprima)	
Firma del paciente:		Fecha:
Relación con el paciente:	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Poder legal <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Firma del Representante Autorizado:		Fecha: