



AUTORIZACIÓN DEL APODERADO DE MY PENN STATE HEALTH

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ Número de expediente médico de Penn State Health: _____
 _____ Teléfono principal: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR/CUIDADOR DOMICILIARIO

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Parentesco con el paciente: Padre/madre biológico(a) Padre/madre adoptivo(a) Tutor legal Otro:
 (Verificar en el expediente médico la documentación del representante designado. Si no hay, siga la priorización definida en L-07 HAM, "CONSENTIMIENTO INFORMADO"). Se puede solicitar documentación en la que se establezca el parentesco.
 Dirección: _____
 _____ Teléfono principal: _____
 _____ Dirección de correo electrónico: _____

Penn State Health le enviará al apoderado mencionado arriba un correo electrónico de verificación para activar la cuenta y enviará por correo electrónico notificaciones para administrar la cuenta.

Al firmar a continuación, el apoderado acepta estos términos:

- Utilizaré mi propia identificación de usuario y contraseña para acceder a My Penn State Health.
- Cumpliré con los términos y las condiciones del sitio de My Penn State Health.
- El acceso al expediente médico de un paciente de entre 14 y 17 años quedará cancelado para el paciente, su padre/madre y tutores el día que el paciente cumpla 14 años. Se deberá solicitar acceso posterior a la clínica Penn State Health o al centro de atención comunitaria.

Autorización del apoderado: Certifico que tengo el parentesco que se indica arriba con el paciente cuyo nombre aparece arriba. Comprendo que este paciente me ha otorgado acceso continuo como apoderado a su información médica personal a través de My Penn State Health. Asimismo, comprendo que el paciente puede revocar este acceso o cancelar el acceso de acuerdo con su propio juicio mediante notificación a su clínica, centro de atención comunitaria o a la Health Information Management (Administración de Información Médica) en persona o por escrito.

 Firma del padre/de la madre/del tutor Fecha/hora

Si el paciente carece de capacidad legal para tomar decisiones (Decision Making Capacity, DMC) según se define en L-15 HAM, "PROCEDIMIENTO PARA OBTENER ORDEN JUDICIAL PARA LA PRESENTACIÓN DE UNA PETICIÓN DE TUTELA PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR O DE UN ADULTO INCOMPETENTE", el proveedor debe documentar el impedimento en el expediente médico y firmar aquí:

 Nombre del proveedor (en letra de molde) Firma del proveedor Fecha/hora

 Nombre del testigo (en letra de molde) Firma del testigo Fecha/hora

Autorización del paciente: Acepto autorizar al "padre/madre/tutor/adulto apoderado" mencionado arriba a tener acceso a la información de mi expediente médico en línea, incluida la información que pueda estar disponible como resultado de atención médica futura. Comprendo que esta cuenta del apoderado continuará hasta que yo la revoque mediante notificación a mi clínica, al centro de atención comunitaria o a la Administración de Información Médica en persona o por escrito.

 Firma del paciente Fecha/hora

