

SOLICITUD DE APODERADO PARA ADULTO

Acceso al registro INTEGRIS & Me de otro adulto

Para solicitar acceso como apoderado al registro INTEGRIS & Me de un adulto, complete este formulario. El paciente o su representante legal debe firmar este formulario y proporcionar autorización para la divulgación de la información médica en INTEGRIS & Me, en la sección "Autorización para divulgación de información médica a un apoderado de adulto". Tenga en cuenta que a la ficha del paciente podrá acceder a través de su registro INTEGRIS & Me (la del apoderado). Al completar este formulario establecerá un registro INTEGRIS & Me para usted y para el paciente. Al enviar este formulario, proporcione una identificación emitida por el gobierno para la verificación de identidad. *Adjunte una copia de los documentos para tutores legales, poder legal o Instrucciones anticipadas del paciente, según corresponda.*

Devuelva los formularios a su proveedor de atención médica de INTEGRIS. Si no tiene un proveedor de INTEGRIS, envíelo a: INTEGRIS Health Information Department, Release of Information, 3433 N.W. 56th Street, Building B, Suite C50, Oklahoma City, OK 73112 or fax to 405-552-8704. Por preguntas, llame al 877-778-7211.

SU INFORMACIÓN DE APODERADO (Todas las secciones son obligatorias - Escriba claramente en letra imprenta) Esta sección debería ser completada por la persona que solicita acceso al registro INTEGRIS & Me de otro adulto.			
NOMBRE – APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	FECHA DE NACIMIENTO	Número de Seguro Social
DIRECCIÓN POSTAL	LOCALIDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO <input type="radio"/> Particular <input type="radio"/> Trabajo <input type="radio"/> Celular	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Todas las secciones son obligatorias - Escriba claramente en letra imprenta) Complete esta sección con la información sobre el paciente de quien solicita acceso al registro INTEGRIS & Me.			
NOMBRE – APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	FECHA DE NACIMIENTO	ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DEL N.º DE SS
DIRECCIÓN POSTAL	LOCALIDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO <input type="radio"/> Particular <input type="radio"/> Trabajo <input type="radio"/> Celular	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		

TÉRMINOS Y CONDICIONES GENERALES DE INTEGRIS & Me

- Entiendo que INTEGRIS & Me pretende ser una fuente electrónica segura de información médica confidencial. Si comparto con otra persona mi identificación y contraseña de INTEGRIS & Me, esa persona podría acceder a la información de salud de alguien que me ha autorizado como apoderado de INTEGRIS & Me.
- Acepto que es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantener mi contraseña de manera segura y cambiar mi contraseña si considero que podría haber sido vulnerada de alguna forma.
- Entiendo que INTEGRIS & Me contiene información médica seleccionada y limitada del registro médico de un paciente y que INTEGRIS & Me no refleja el contenido completo del registro médico.
- Entiendo que mis actividades en INTEGRIS & Me pueden ser monitoreadas por auditoría informática y que las anotaciones que realice pueden formar parte del registro médico del paciente.
- Entiendo que el acceso a INTEGRIS & Me es proporcionado por INTEGRIS Health como una comodidad para sus pacientes y que INTEGRIS Health tiene el derecho de desactivar el acceso al sistema INTEGRIS & Me en cualquier momento y por cualquier motivo. Entiendo que el uso de INTEGRIS & Me es voluntario y que no es obligatorio utilizar INTEGRIS & Me ni autorizar a un apoderado de INTEGRIS & Me.
- Si la relación legal del apoderado con el paciente cambiara, se debe informar de inmediato a INTEGRIS Health mediante una notificación por escrito a su proveedor de atención médica de INTEGRIS.

Con la firma a continuación, reconozco haber leído y comprendido este documento de inscripción a INTEGRIS & Me y los Términos y Condiciones Generales que se adjuntan, y doy fe que soy el apoderado autorizado del cliente.

SU FIRMA (APODERADO)	FECHA
NOMBRE EN LETRA IMPRENTA	RELACIÓN CON EL PACIENTE

Dejo constancia de que he leído y comprendido el presente documento de inscripción a INTEGRIS & Me. Acepto sus términos y elijo designar a la persona arriba mencionada como mi Apoderado de INTEGRIS & Me, otorgándole de este modo permiso para que acceda a mi registro médico INTEGRIS & Me.

FIRMA DEL PACIENTE (O PERSONA AUTORIZADA)	FECHA
NOMBRE EN LETRA IMPRENTA	RELACIÓN CON EL PACIENTE

Patient Label
Patient Name:
MRN:
DOB:





Autorización para divulgación de información médica a apoderado de adulto

El presente formulario es una autorización que permitirá que INTEGRIS Health divulgue su información médica a su apoderado adulto designado. Lea detenidamente.

El presente formulario debería ser completado por el paciente que autoriza a otro adulto a acceder a la información médica de su registro INTEGRIS & Me. Debe adjuntarse al Formulario de Apoderado de Adulto, que contiene el nombre y la información de la persona que el paciente autoriza a acceder en carácter de apoderado a su registro INTEGRIS & Me.

NOMBRE DEL PACIENTE – APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	FECHA DE NACIMIENTO	ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DEL N.º DE SS
--	---	---------------------	---------------------------------

Solicito que _____ (colocar el nombre del apoderado) tenga acceso a mi información médica que está disponible en mi registro INTEGRIS & Me. Esta persona es mi apoderado designado de INTEGRIS & Me. Autorizo a INTEGRIS Health a divulgar la información médica contenida en mi registro INTEGRIS & Me a mi delegado de INTEGRIS & Me. Entiendo que la información médica contenida en INTEGRIS & Me proviene de mi registro médico electrónico y puede incluir información de otros centros de INTEGRIS Health. Autorizo a INTEGRIS Health a divulgar la información médica presente en mi registro INTEGRIS & Me a mi delegado designado.

Autorizo la divulgación de mi información solo a través de mi registro INTEGRIS & Me. Este formulario no autoriza la divulgación de mi registro médico a mi apoderado designado por otros métodos o de otras formas.

Entiendo que una vez que la información ha sido revelada, posiblemente pueda ser divulgada por el apoderado y en tal caso dicha información podría estar sin la protección de las regulaciones federales de la privacidad.

La participación en INTEGRIS & Me y la designación de un apoderado de INTEGRIS & Me es totalmente voluntaria. Entiendo que no tengo obligación de designar un apoderado de INTEGRIS & Me y que no es necesario proporcionar esta autorización. También entiendo que INTEGRIS Health no condiciona ninguno de mis tratamientos de atención médica, ni el pago u otros servicios, sin importar si concedo esta autorización. No obstante, también entiendo que si no concedo esta autorización, INTEGRIS Health no puede facilitar el acceso a mi apoderado designado a mi registro INTEGRIS & Me.

La presente autorización caducará en caso de revocación o a la fecha o evento especificado aquí _____. Asimismo, puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una solicitud para revocación por escrito a INTEGRIS Health. Entiendo que si procedo a la revocación de esta autorización, se dará por concluido el acceso de mi apoderado designado a mi registro INTEGRIS & Me. También entiendo que mi revocación no afectará ninguna divulgación realizada antes del procesamiento de la solicitud de revocación.

FIRMA DEL PACIENTE (O PERSONA AUTORIZADA)	FECHA
NOMBRE EN LETRA IMPRENTA	RELACIÓN CON EL PACIENTE

Si firma otra persona que no sea el paciente, indique la competencia para firmar por el paciente (p. ej., tutor) y adjunte la documentación:

Puede enviar el formulario completo por fax a INTEGRIS Health Information Management al 405-552-8773, por correo a 3433 NW 56th Street, Bld. B Ste. C50 Oklahoma City, OK 73112, o por correo electrónico a Healthinfomanagement@integrishhealth.org. Si tiene preguntas, llame al 877-778-7211.

Patient Label Patient Name: MRN: DOB:
--

