

## SOLICITUD DE APODERADO DE MENOR DE EDAD

Acceso al registro INTEGRIS & Me de su hijo

Para registrarse para acceder al registro INTEGRIS & Me de su hijo, complete este formulario para Apoderado de Niños. Tenga en cuenta que a la ficha de su hijo podrá acceder a través de su registro INTEGRIS & Me. Al completar este formulario establecerá un registro INTEGRIS & Me para usted y para su hijo. Al enviar este formulario, proporcione una identificación emitida por el gobierno para la verificación de identidad.

| <b>INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR (Todas las secciones son obligatorias - Escriba claramente en letra imprenta)</b><br>Esta sección debería ser completada por la persona que solicita acceso al registro INTEGRIS & Me de un menor de edad. |   |                     |                         |
|---|---|---------------------|-------------------------|
| NOMBRE – APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE   | <input type="radio"/> Masculino<br><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                                   |                     |                         |

| <b>INFORMACIÓN DEL NIÑO (Todas las secciones son obligatorias - Escriba claramente en letra imprenta)</b><br>Complete esta sección con la información del niño para quien se solicita un apoderado. |   |                     |                                 |
|---|---|---------------------|---------------------------------|
| NOMBRE – APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE   | <input type="radio"/> Masculino<br><input type="radio"/> Femenino | FECHA DE NACIMIENTO | ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DEL N.º DE SS |
| DIRECCIÓN POSTAL  | LOCALIDAD   | ESTADO              | CÓDIGO POSTAL                   |

### TÉRMINOS Y CONDICIONES GENERALES DE INTEGRIS & Me

- Entiendo que INTEGRIS & Me pretende ser una fuente virtual 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 mía o de mi hijo, como también 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 mi hijo y que INTEGRIS & Me no refleja el contenido completo del registro médico. Entiendo que puedo solicitar una copia impresa del registro de mi hijo al Departamento de Administración de Información de Salud de INTEGRIS Health.
- Entiendo que mis actividades en INTEGRIS & Me pueden ser monitoreadas por auditoría informática y que los ingresos 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 a 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 un aviso por escrito a su proveedor de atención médica de INTEGRIS.

**Con la firma a continuación, reconozco haber leído y comprendido este documento de inscripción de INTEGRIS & Me y los Términos y Condiciones Generales adjunto, y doy fe que soy el padre o tutor legal del menor de edad arriba mencionado.**

|                             |                          |
|-----------------------------|--------------------------|
| FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL | FECHA                    |
| NOMBRE EN LETRA IMPRENTA    | RELACIÓN CON EL PACIENTE |

Puede enviar el formulario completo por fax a INTEGRIS Health Information Management al 405-552-8773, por correo a 3433 NW 56<sup>th</sup> Street, Bld. B Ste. C50 Oklahoma City, OK 73112, o por correo electrónico a [Healthinfomanagement@integrityhealth.org](mailto:Healthinfomanagement@integrityhealth.org). Si tiene preguntas, llame al 877-778-7211.

|               |
|---------------|
| Patient Label |
| Patient Name: |
| MRN:          |
| DOB:          |

