

Autorización del paciente:

- Al firmar este pedido de poder (proxy), comprendo que le estoy cediendo permiso para que MAHEC dé a conocer mi información de salud protegida (PHI) a través del Patient Portal a mi poder que podría contener información sensible, tal como tratamiento de embarazo, abuso de drogas/alcohol, estatus de salud mental, VIH, estudios genéticos y pruebas de laboratorio, si aplicable.
- Este pedido de poder (proxy) está en efecto hasta que mi cuenta de Patient Portal sea inhabilitada o yo revoque el acceso al poder (proxy).
- Este pedido de poder (proxy) incluye datos que fueron creados o existentes durante o antes de la fecha de la firma de este formulario, al igual que datos que se crean después de la fecha de la firma del documento.
- Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Si es que deseo revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito. Comprendo que la revocación no tendrá ningún efecto de cualquier información que anteriormente haya sido dada a conocer a mi poder (proxy).
- Comprendo que la información que se haya dado a conocer conforme a esta autorización podría ser nuevamente divulgada por el recipiente y ya no sería protegida por la ley de privacidad federal o de North Carolina.
- Puedo rehusar firmar esta autorización y comprendo que al negarme a firmar esta autorización no afectara mi habilidad de obtener tratamiento.

Si es que rehúso firmar esta autorización, acceso a mi cuenta de Patient Portal no será concedida.

Al firmar abajo, el apoderado (proxy) reconoce y está de acuerdo que:

- Yo estaré utilizando mi propia cuenta de FollowMyHealth portal del paciente para acceder a la cuenta del portal del paciente.
- Como ya indicado, yo tengo derechos legales o la tutoría legal para acceder a los datos de este paciente.
- No me han negado ningún periodo de contacto físico con el/la paciente y no hay ninguna orden judicial ni inhibitorias en efecto limitando mi acceso a datos de salud y/o información del paciente.
- Comunicación a nombre del paciente a través de Patient Portal debe ser enviado desde los datos del paciente y respuestas serán recibidas en los datos del paciente. Alertas de correo electrónico (e-mail) del Patient Portal serán enviados a la dirección de correo electrónico (e-mail) anotado en la sección "Proxy Information".
- Para un niño de 0-10 años, me concederán acceso total a los datos médicos, sujetos a la ley de North Carolina.

Tutores legales:

Cualquier documento, si es que hubiera alguno, que he presentado en apoyo a mi derecho para acceder a la información protegida del paciente, son copias verdaderas y correctas y son documentos más recientes relacionados a este asunto. Cuando mi autoridad legal para actuar de parte del paciente sea inactivado, revocado, terminado o vencido, inmediatamente debo notificar a MAHEC por escrito sobre el cambio de autoridad para actuar de parte del paciente y enviarlo a Health Information Management. Department.

Firma del paciente: Al firmar abajo, reconozco y estoy de acuerdo que cumpliré con los términos y condiciones que contiene este documento y comprendo que puedo revocar este acceso de poder (proxy) en cualquier momento notificando a MAHEC por escrito (únicamente firme en una línea que sea aplicable).

Yo soy **el/la paciente adulta/o/emancipada/o menor de edad** autorizando acceso de poder (proxy) a mi cuenta:

X _____
Firma del paciente (requerida) Fecha (requerida)

Yo soy **Padre/madre/tutor legal** del paciente autorizando acceso de poder (proxy) a su cuenta.

X _____
Firma del padre/madre/tutor legal (requerida) Relación al paciente (requerida) Fecha (requerida)

Firma de poder (proxy): Al firmar abajo, reconozca y estoy de acuerdo que estaré utilizando mi cuenta y mi propio portal FollowMyHealth Patient Portal para acceder a la cuenta del portal del paciente. Cumpliré con los términos y condiciones que contiene el presente documento y comprendo que el/la paciente puede revocar en cualquier momento mi acceso a su cuenta del portal del paciente ((Patient Portal).

Yo soy el/la individuo/proxy recibiendo acceso a la cuenta del paciente:

X _____
Firma de proxy (requerida) Relación al paciente (requerido) Fecha (requerida)