

[Coloque aquí la etiqueta adhesiva del
paciente]

Nombre del paciente

MRN

Fecha

Formulario de solicitud para el acceso de un apoderado a myHealth Online para los pacientes menores de edad y los pacientes con capacidad disminuida

Solicito que el Sistema Hospitalario y de Salud Santa Clara Valley (Santa Clara Valley Health & Hospital System) me brinden acceso como Apoderado a la información de salud que consta en myHealth Online del paciente menor o con capacidad disminuida que se nombra a continuación, en la medida en que así lo permitiesen las leyes.

Devuelva este formulario ya completado a la clínica.

Paciente:

Nombre legal completo: _____

Historial clínico número: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Representante apoderado (debe ser mayor de 18 años, a menos que fuese un padre/madre adolescente):

Nombre legal completo: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Dirección postal:

Dirección, Ciudad, Estado, Código postal

Correo electrónico: _____

Opcional: ¿Es el representante apoderado un paciente de SCVHHS? Sí No

**Esto nos permitirá establecer un enlace entre el historial del paciente y su cuenta MHO actual.*

Si la respuesta fuese sí, proporcione su Número de historial clínico: _____

[Coloque aquí la etiqueta adhesiva del
paciente]

Nombre del paciente

MRN

Fecha

Formulario de solicitud para el acceso de un apoderado a myHealth Online para los pacientes menores de edad y los pacientes con capacidad disminuida

Relación con el paciente: Padre/madre Tutor Curador

Es posible que los Representantes apoderados **necesiten presentar documentación** que respalde su autoridad para acceder a la información de salud del paciente como, por ejemplo:

- a. Certificado de nacimiento
- b. Tutela (por ejemplo, una orden judicial o un convenio de custodia)
- c. Declaración jurada de autorización del cuidador
- d. Directiva anticipada o poder para la salud

Firma del representante apoderado: _____

Fecha: _____

Documentación clínica solo debajo de esta línea. Solo aplicable para los pacientes con Capacidad disminuida.

Declaración del médico que expresa que el paciente no tiene capacidad para dar su consentimiento:

Para asegurar la continua coordinación de la atención para el paciente antes citado, es importante que el representante apoderado identificado con anterioridad tenga acceso pleno a myHealth Online. Este paciente tiene problemas clínicos y de desarrollo que le impiden estar en condiciones de dar su consentimiento para su atención.

Firma del médico: _____

Fecha: _____

Nombre del médico: _____