

[Coloque aquí la etiqueta adhesiva del  
paciente]

Nombre del paciente

MRN

Fecha

## **Autorización para otorgar acceso a la información de salud en myHealth Online para los pacientes adultos**

**Términos y condiciones:** los pacientes del Sistema hospitalario y de salud Santa Clara Valley (Santa Clara Valley Health & Hospital System) pueden otorgar a otro adulto de al menos 18 años o mayor acceso a su información médica, de salud mental y tratamiento por abuso de sustancias a través de myHealth Online. Si desea que otro adulto, por ejemplo, cónyuge, cuidador o familiar, tenga acceso a la información disponible en su cuenta en myHealth Online, es necesario completar y firmar el Formulario de autorización que sigue. Devuelva este formulario ya completado a su clínica. Los representantes adultos (los apoderados) de los pacientes adultos tendrán acceso pleno a la misma información y funciones que el paciente tiene a su disposición. (Consulte nuestra Guía del usuario si desea más detalles sobre las funciones.) Esta autorización NO permite que su representante apoderado 1) tome decisiones sobre la atención médica en su nombre O 2) acceda a su información de salud que no sea la información disponible a través de myHealth Online.

**Entiendo que la información de salud** a la que un representante apoderado puede acceder una vez que tenga permiso **puede incluir:**

1. Ver partes de mi historial clínico, inclusive la información médica, de salud mental y tratamiento por abuso de sustancias;
2. solicitar renovaciones de los medicamentos;
3. ver los resultados de los análisis;
4. programar o solicitar citas y
5. enviar y responder mensajes electrónicos seguros y no urgentes a sus prestadores.

[Coloque aquí la etiqueta adhesiva del  
paciente]

Nombre del paciente

MRN

Fecha

## **Autorización para otorgar acceso a la información de salud en myHealth Online para los pacientes adultos**

**Sus derechos:** entiendo que tengo derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento. A menos que se la cancelase de manera intencional, esta Autorización nunca vencerá. El acceso del apoderado a myHealth Online podrá revocarse en línea a través de myHealth Online, al visitar su clínica o enviar un mensaje de correo electrónico a [myHealthonline@hhs.sccgov.org](mailto:myHealthonline@hhs.sccgov.org) . No se aplicará una cancelación a las medidas ya tomadas por SCVHHS al seguir esta autorización.

Entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no se basarán en el hecho de que dé o me niegue a dar esta autorización. También entiendo que podré negarme a firmar esta autorización. Una copia de esta autorización tiene la misma validez que un original. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

La información divulgada en virtud de esta autorización podría ser nuevamente divulgada por el destinatario. En ciertos casos, dicha nueva divulgación no está prohibida por las leyes de California y tal vez deje de estar protegida por las leyes federales de confidencialidad (HIPAA), aunque la información protegida por lo dispuesto en 42 CFR, Parte 2, sigue estando sujeta a dicha protección. Además, las leyes de California prohíben que la persona que recibe mi información de salud realice una divulgación ulterior de ella a menos que recibiese de mí otra autorización para tal divulgación o a menos que dicha divulgación fuese exigida o estuviese permitida de manera específica por las leyes.

[Coloque aquí la etiqueta adhesiva del  
paciente]

Nombre del paciente

MRN

Fecha

## Autorización para otorgar acceso a la información de salud en myHealth Online para los pacientes adultos

### AUTORIZACIÓN:

mediante este documento, autorizo a Santa Clara Valley Health & Hospital System (SCVHHS) para que dé acceso a myHealth Online, incluida la información referida a VIH, el uso de drogas/alcohol y salud mental en caso de estar presente, al representante apoderado que se nombra a continuación:

### Representante apoderado:

Nombre legal completo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

¿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 es sí, proporcione su Número de historial clínico del representante apoderado: \_\_\_\_\_

**Afirmo que he leído y acepto estos términos y condiciones de myHealth Online y solicito que se conceda acceso a mi historial tal como se indicara antes.**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_