

**AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO DE UN REPRESENTANTE DESIGNADO  
AL PORTAL MYCHILDREN'S**

(AUTHORIZATION FOR PROXY ACCESS TO MYCHILDREN'S PORTAL – SPANISH)

<p><b>1. INSTRUCCIONES</b></p>	<p>Para garantizar el acceso de un representante designado a su expediente médico en Children's, complete este formulario para el departamento de Gestión de Información Médica (HIM, por sus siglas en inglés). Usted puede entregar este formulario en persona, o enviarlo por correo electrónico o por fax:</p> <p><b>Health Information Management (HIM)</b> 2525 Chicago Avenue South Mail stop 32-B832 Minneapolis, MN 55404</p> <p><b>Health Information Management (HIM)</b> 345 North Smith Avenue Mail stop 70-102 St. Paul, MN 55102</p> <p>Teléfono: 612-813-6216 Fax#: 612-813-5849 Correo electrónico: HIM@childrensmn.org</p>
<p><b>2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b></p>	<p>Nombre: _____ Apellidos: _____ Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____</p>
<p><b>3. IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE DESIGNADO</b></p>	<p>Nombre: _____ Apellidos: _____ Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____ Número de teléfono de casa: ( ) _____ Numero de teléfono celular: ( ) _____ Relación con el paciente: _____ Dirección de correo electrónico: _____</p>
<p><b>4. FINALIDAD DEL ACCESO</b></p>	<p>El paciente solicita acceso para el representante designado porque necesita asistencia con las actividades relacionadas con su tratamiento o con el pago.</p>
<p><b>5. INFORMACIÓN DISPONIBLE A TRAVÉS DEL ACCESO AL PORTAL MYCHILDREN'S</b></p>	<p>Autorizo a que se comparta la información de salud protegida de mi expediente médico electrónico al representante designado a través del portal MyChildren's. La información que aparece en el portal MyChildren's incluye información médica, información de las medicinas e información financiera, y puede incluir información relativa a adicciones, salud reproductiva, salud mental, VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual, otras enfermedades infecciosas e información genética.</p>
<p><b>6. ENTENDIMIENTO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entiendo que esta autorización únicamente expirará si notifico mi revocación tal y como se detalla a continuación.</li> <li>• Entiendo que tengo derecho a revocar mi autorización en cualquier momento. Entiendo que si decido revocar esta autorización, debo ponerme en contacto con el departamento de Gestión de Información Médica tal y como se indica en la sección 1 más arriba. Entiendo que la revocación de esta autorización no se aplicará a la información a la que ya se ha tenido acceso o que ya ha sido divulgada.</li> <li>• Entiendo que el portal MyChildren's es un recurso seguro en línea donde se puede acceder a información médica confidencial. Si el nombre de usuario y la contraseña se comparten con otra persona, esa persona puede ver la información.</li> </ul>



<b>HIM USE ONLY</b>
Initials: _____
Date: _____

**AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO DE UN REPRESENTANTE DESIGNADO  
AL PORTAL MYCHILDREN'S**

(AUTHORIZATION FOR PROXY ACCESS TO MYCHILDREN'S PORTAL – SPANISH)

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Entiendo que una vez que la información se haya divulgado, existe la posibilidad de que el representante designado la vuelva a divulgar y que no esté protegida por las leyes de privacidad federales.</li><li>• Entiendo que el acceso al portal MyChildren's se provee para su conveniencia y que Children's Minnesota puede desactivar el acceso en cualquier momento y por cualquier razón.</li><li>• Entiendo que firmo esta autorización de manera voluntaria. Mi negativa a firmar esta autorización no impedirá que reciba tratamiento.</li></ul>
<b>7. FECHA Y FIRMA</b>	<p>_____</p> <p>Firma del paciente/persona autorizada                      Fecha</p>