

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.

Devuelva los formularios a su proveedor de atención médica de INTEGRIS. Si no tiene un proveedor de INTEGRIS, envíelo a: INTEGRIS Health Information Department, Release of Information, 3366 N.W. Expressway, Building D, Suite C20, Oklahoma City, OK 73112 or fax to 405-552-8704. Por preguntas, llame al 877-778-7211.

INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR (Todas las secciones son obligatorias - Escriba claramente en letra impresa) 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 <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		

Tenga en cuenta las siguientes limitaciones en el rango de edades de INTEGRIS & Me. Estas limitaciones en el rango de edades no afectan ningún derecho legal que usted tenga para acceder al registro de su hijo por otro medio compatible con la política de INTEGRIS y las leyes estatales y federales. Para solicitar una copia impresa del registro de su hijo, comuníquese con el Departamento de Administración de Información de Salud de INTEGRIS Health.

- Una vez que su hijo tenga **12 años**, ya no tendrá más acceso al registro INTEGRIS & del mismo, a menos que su hijo de su consentimiento para ello.
- Si en virtud de la ley de Oklahoma su hijo dispone del derecho para consentir su tratamiento antes de los 18 años, usted no tendrá acceso al registro INTEGRIS & Me de su hijo, a menos que el mismo le conceda permiso para ello.

INFORMACIÓN DEL NIÑO (Todas las secciones son obligatorias - Escriba claramente en letra impresa) 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 <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

<i>Patient Label</i>
Patient Name:
MRN:
DOB:

SOLICITUD DE APODERADO DE MENOR DE EDAD

Autorización para divulgación de información médica a apoderado adulto

El presente formulario es una autorización que permitirá que INTEGRIS Health divulgue su información médica a su apoderado adulto designado. Lea detenidamente.

El presente formulario debería ser completado por el paciente que autoriza a otro adulto a acceder a la información médica de su registro INTEGRIS & Me. It must accompany the Minor Child Proxy Form, which provides the name and information of the individual who the patient is authorizing to access their INTEGRIS & Me record as a proxy.

NOMBRE DEL PACIENTE – APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	FECHA DE NACIMIENTO	ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DEL N.º DE SS
--	---	---------------------	---------------------------------

Solicito que _____ (colocar el nombre del apoderado) tenga acceso a mi información médica que está disponible en mi registro INTEGRIS & Me. Esta persona es mi apoderado designado de INTEGRIS & Me. Autorizo a INTEGRIS Health a divulgar la información médica presente en mi registro INTEGRIS & Me a mi delegado de INTEGRIS & Me. Entiendo que la información médica contenida en INTEGRIS & Me proviene de mi registro médico electrónico y puede incluir información de otros centros de INTEGRIS Health. Autorizo a INTEGRIS Health a divulgar la información médica presente en mi registro INTEGRIS & Me a mi delegado designado.

Autorizo la divulgación de mi información solo a través de mi registro INTEGRIS & Me. Este formulario no autoriza la divulgación de mi registro médico a mi apoderado designado por otros métodos o de otras formas.

Entiendo que una vez que la información ha sido divulgada, posiblemente pueda ser divulgada por el apoderado y la información revelada podría estar sin la protección de las regulaciones federales de la privacidad.

La participación en INTEGRIS & Me y la designación de un apoderado de INTEGRIS & Me es totalmente voluntaria. Entiendo que no tengo obligación de designar un apoderado de INTEGRIS & Me y que no es necesario proporcionar esta autorización. También entiendo que INTEGRIS Health no condiciona ninguno de mis tratamientos de atención médica, ni el pago ni otros servicios sin importar si concedo esta autorización. No obstante, también entiendo que si no concedo esta autorización, INTEGRIS Health no puede facilitar el acceso a mi apoderado designado a mi registro INTEGRIS & Me.

La presente autorización caducará en caso de revocación o a la fecha o evento especificado aquí _____. Asimismo, puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una solicitud para revocación por escrito a INTEGRIS Health.

Entiendo que si procedo a la revocación de esta autorización, se dará por concluido al acceso de mi apoderado designado a mi registro INTEGRIS & Me. También entiendo que mi revocación no afectará ninguna divulgación realizada antes del procesamiento de la solicitud de revocación.

FIRMA DEL PACIENTE (O PERSONA AUTORIZADA)	FECHA
NOMBRE EN LETRA IMPRENTA	RELACIÓN CON EL PACIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DEL SISTEMA DE INTEGRIS HEALTH

Verificación de la firma:

- Verificado por identificación (licencia de conducir, identificación del estado, identificación militar)
 Formulario firmado personalmente
 Firma registrada

FIRMA VERIFICADA POR	FECHA
----------------------	-------

Enviar al Departamento de Administración de Información de Salud para la verificación final y autorización de acceso para el apoderado.

<i>Patient Label</i>
Patient Name:
MRN:
DOB:

