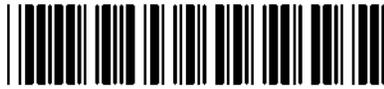




Adventist Health
Portland

MR1470

Adventist Health Portland



Página 1 de 1

IMPRIMIR

Vaciar formulario

N.º DE CUENTA
N.º DE REG. MÉD.
NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO

Identificación del paciente

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA EN OHSU HEALTH MYCHART PARA PACIENTES DE ADVENTIST HEALTH PORTLAND

SE **DEBEN** COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES DE ESTE FORMULARIO O NO SE ACEPTARÁ LA AUTORIZACIÓN.

Yo, _____, por la presente autorizo a Adventist Health Portland a divulgar
(Nombre del paciente)

y brindar acceso a mi información médica en y a través de **OHSU Health MyChart**

a: _____
(Nombre del destinatario autorizado)

con el fin de ayudar o participar en mi atención. **Entiendo que autorizar la divulgación y el acceso a mi información médica a otra persona al firmar este formulario le da a esa otra persona el mismo acceso que yo tengo a la información médica y los servicios disponibles en OHSU Health MyChart.**

Entiendo que, si no deseo que Adventist Health Portland divulgue cualquiera de los tipos de información que se mencionan a continuación a mi destinatario autorizado, no debo firmar este Formulario de autorización. Entiendo que mi recepción de servicios de atención médica o el reembolso de los servicios no se verán afectados de forma negativa si no firmo este Formulario de autorización.

Si **deseo** utilizar el servicio MyChart autorizando a la persona identificada anteriormente a recibir y acceder a **toda** mi información médica, incluida cualquier información sobre VIH, salud mental, pruebas genéticas y abuso de sustancias (ya sea que dicha información exista o esté contenida en mis registros o no), colocaré mis **iniciales** en todos y cada uno de los espacios a continuación:

- _____ Información sobre VIH/SIDA
- _____ Información sobre salud mental
- _____ Información sobre pruebas genéticas
- _____ Diagnóstico de drogas/alcohol, tratamiento o información de derivación

Entiendo que, al colocar mis iniciales en cada uno de los espacios anteriores, autorizo a Adventist Health Portland a divulgar y brindar acceso a este tipo de información al destinatario autorizado mencionado anteriormente.

Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no estar protegida por la ley federal. También entiendo que la ley federal o estatal puede restringir la nueva divulgación de información sobre VIH/SIDA, salud mental, información genética y diagnóstico de drogas/alcohol, tratamiento o información de derivación.

Entiendo que puedo revocar o cancelar esta Autorización por escrito en cualquier momento. Si revoco o cancelo esta Autorización, la persona a la que he autorizado ya no podrá divulgar ni acceder a mi información médica en el sistema MyChart. Entiendo que cualquier uso o divulgación ya realizado con mi permiso no se puede deshacer.

He leído esta autorización y la entiendo.

Por: _____ Fecha: _____ Hora: _____
(Firma del paciente o representante personal)

Descripción de la autoridad del representante personal: _____

Esta autorización vence tras la cancelación de la cuenta de OHSU Health MyChart, a menos que se revoque antes. Para revocar o cancelar la Autorización, envíe una declaración por escrito a la clínica en la que originalmente recibió acceso a OHSU Health MyChart e indique que está revocando la Autorización. Para bloquear inmediatamente el acceso a su registro de MyChart, siga el procedimiento en las instrucciones de MyChart.

MyChart

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

INSTRUCCIONES:

El Formulario de autorización permite a Adventist Health Portland brindarle a otra persona que usted designe acceso a su información médica a través del servicio MyChart. La Autorización es necesaria para que Adventist Health Portland divulgue ciertos tipos de información a alguien que no sea usted.

No es necesario firmar la Autorización.

Si **no** firma la Autorización, Adventist Health Portland no podrá divulgar su información médica a través del sistema MyChart a ninguna persona que no sea usted.

Si **firma** la Autorización, el servicio MyChart le permite a la persona (que usted designa y autoriza para recibir y acceder a su información médica) tener acceso a **toda** la información sobre usted que se mantiene en MyChart. El servicio MyChart no puede bloquear a esta otra persona (que usted ha autorizado) ni impedir que vea ciertos tipos o categorías de información incluida en sus registros médicos, ya sea que la información sea sobre la hora y fecha de su última cita, los resultados de una prueba de laboratorio, o información que pueda estar especialmente protegida por ley. Debido a que MyChart no puede bloquear u ocultar categorías seleccionadas o ciertos tipos de información (incluida la información especialmente protegida por ley que puede incluirse en sus registros de MyChart), usted debe autorizar a Adventist Health Portland a divulgar y brindar acceso a **toda** su información médica en MyChart a la persona que identifique y a quien autorice para que Adventist Health Portland ponga el servicio MyChart a disposición de esta otra persona (a quien usted ha autorizado).

En Oregón, la información sobre el VIH, la salud mental, las pruebas genéticas y el abuso de sustancias está especialmente protegida por ley. Dependiendo de las circunstancias, la ley puede exigir que Adventist Health Portland tenga un permiso específico para divulgar esta información. Si tiene información o registros de salud que contengan o hagan referencia al VIH, la salud mental, las pruebas genéticas o el abuso de sustancias, la ley puede exigir que Adventist Health Portland tenga su permiso específico para divulgar esta información antes de que Adventist Health Portland pueda divulgar o proporcionar acceso a esta información a ciertas personas distintas a usted.

Para autorizar efectivamente a Adventist Health Portland a divulgar y brindar acceso a **toda** su información médica de MyChart, usted debe autorizar específicamente a Adventist Health Portland a divulgar cualquier información sobre VIH, salud mental, pruebas genéticas y abuso de sustancias, independientemente de si dicha información existe o está incluida o no en sus registros. El Formulario de autorización tiene espacios en los que puede poner sus iniciales para autorizar específicamente a Adventist Health Portland a divulgar esta información.

Si no firma esta Autorización, su capacidad para recibir servicios de atención médica o reembolsos por servicios no se verá afectada. La única circunstancia en la que negarse a firmar una autorización significa que usted no recibirá servicios de atención médica es si los servicios de atención médica tienen como único fin proporcionar *información* médica a otra persona (como un empleador o asegurador), y la autorización es necesaria para que Adventist Health Portland haga esa divulgación de *información*.

Si se niega a firmar una Autorización, esto no puede afectar negativamente su inscripción en un plan de salud o su elegibilidad para recibir beneficios de salud, a menos que la divulgación de información que deba autorizarse sea necesaria para determinar si usted es elegible para inscribirse en el plan de salud.

Usted podrá revocar o cancelar la Autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca o cancela su Autorización, es posible que la persona a quien usted autorizó ya no pueda acceder a la divulgación ni a su información médica en el sistema MyChart. Por supuesto, cualquier uso o divulgación ya realizado con su permiso no se puede deshacer.

Para revocar o cancelar la Autorización, envíe una declaración por escrito a la clínica en la que originalmente recibió acceso a OHSU Health MyChart e indique que está revocando la Autorización. Para bloquear inmediatamente el acceso a su registro de MyChart, inicie sesión en MyChart y haga clic en el enlace "View Other Accounts" ("Ver otras cuentas") que aparece en su página de inicio de MyChart. Luego, haga clic en el enlace "Revoke Access" ("Revocar Acceso") de la persona a quien desea cancelar el acceso (este tipo de cancelación es inmediato).