



En una relación de representación participan dos personas.

- **Paciente:** la persona a cuya información médica se tiene acceso.
- **Representante:** la persona que necesita tener acceso a la información médica con la finalidad de ayudar en el manejo de la atención de otra persona.

Este formulario le permitirá solicitar acceso a la información médica del paciente durante el plazo que se indica más adelante. Este acceso se dará mediante un portal para el paciente, el cual se llama MyChart.

Acceso solicitado (✓)	Edad del paciente	Parámetros de acceso	Plazo de validez
	Recién nacido/niño menor de 14 años	El padre, la madre o el tutor legal pueden solicitar acceso en nombre de un recién nacido o de un niño.	Válido hasta que el paciente cumpla 14 años.
	Adolescente entre 14 y 17 años	El adolescente puede firmar para dar acceso a los padres o al tutor legal. Los adolescentes también pueden establecer una cuenta en MyChart, la cual requiere la autorización de los padres.	Válido hasta que el paciente cumpla 18 años o hasta que lo anule.
	Paciente adulto de 18 años en adelante o menor emancipado	El paciente y el representante deben firmar el formulario o entregar un poder legal para atención médica.	Válido hasta que el paciente lo anule.

Información sobre el paciente (persona a cuya información médica se tiene acceso)

Nombre del paciente (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): _____ N.º de expediente médico: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Nombres anteriores: _____ Fecha de nacimiento: _____
N.º de teléfono de casa: _____ N.º de teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____
Médico: _____ Consultorio: _____

Información sobre el representante (persona que debe tener acceso a la información)

Nombre del representante (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): _____ N.º de expediente médico: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Nombres anteriores: _____ Fecha de nacimiento: _____
N.º de teléfono de casa: _____ N.º de teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

¿Tiene una cuenta en MyChart activa? ☐ Sí (Yes) ☐ No

¿Ha sido paciente en algún establecimiento de Inova o Valley Health? ☐ Sí (Yes) ☐ No

Parentesco con el paciente:

- ☐ Cónyuge ☐ Padre o madre con custodia ☐ Padre o madre sin custodia ☐ Cuidador del paciente de la tercera edad
(Spouse) (Custodial Parent) (Non-Custodial Parent) (Caregiver for Senior Patient)
- ☐ Tutor legal (Legal Guardian): esta solicitud debe estar acompañada de una copia de documentos legales que verifiquen que es el representante personal del paciente.
- ☐ Poder legal por tiempo indefinido (DPOA) para la atención médica (Durable Power of Attorney for Healthcare (DPOA)): esta solicitud debe estar acompañada de una copia de documentos legales que verifiquen que es el representante personal del paciente.
- ☐ Otro (especifique): _____

NOTA: Todos los campos son obligatorios para que se conceda el acceso del representante y se debe validar la identificación correspondiente. NO se concederá el acceso al representante sin la documentación legal correspondiente, en caso de que se solicite.

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: _____
Date of Birth: _____ Medical Record #: _____

Inova
Acceso del representante a los expedientes médicos mediante MyChart

Proxy Access to Medical Records via MyChart

SPANISH

Entiendo que:

- **MyChart no es un sistema de respuesta para emergencias ni se puede usar para enviar mensajes de urgencia o emergencia.**
- Cualquier paciente mayor de 14 años tiene derecho a anular esta autorización en cualquier momento si usa los controles de acceso para la familia (*Family Access Settings*) de la cuenta en línea. La anulación no afectará ninguna divulgación que se haya hecho antes de procesar la solicitud de anulación.
- La información de salud del expediente médico del adolescente puede incluir información que se relacione con una enfermedad de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Asimismo, puede incluir información acerca de servicios de salud conductual o mental y sobre tratamiento del consumo de alcohol o drogas.
- La autorización de la divulgación de esta información médica es un acto voluntario. El paciente puede negarse a firmar esta autorización.
- Inova no condicionará ningún tratamiento, pago ni otros servicios de atención médica a la presentación de esta autorización.
- El acceso para un adolescente implica que tenga acceso a su propia cuenta en MyChart.
- El acceso de los adolescentes se rige según las leyes de Virginia. Este documento le da permiso al representante para que vea cualquier información médica que esté disponible en MyChart.
- La información médica implica la posibilidad de que se vuelva a divulgar algo que no esté autorizado. Si esto sucede, la información no contará con la protección de las normas federales sobre confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de información médica, puedo comunicarme con el departamento de cumplimiento (*Compliance Department*) de Inova al 571-472-8187.
- Para que esta autorización se considere válida, debe estar totalmente llena, firmada y fechada. La activación de la función de acceso del representante en MyChart se debe producir en un plazo de 30 días a partir de la fecha indicada en esta autorización.
- El acceso del representante a MyChart se desactiva de forma automática cuando se marca el fallecimiento del paciente.

Términos y condiciones:

- MyChart se utiliza como fuente segura en línea de información médica confidencial. Entiendo que compartir la identificación y contraseña de MyChart se desaconseja firmemente, ya que puede comprometer información médica personal. Si comparto mi identificación y contraseña de MyChart con otra persona, esa persona puede ver mi información de salud, la de mi cónyuge o la de mi hijo adulto, así como la información de salud de cualquier persona que me haya autorizado en MyChart como su representante. Inova no es responsable de ninguna violación de la privacidad que se pueda ocasionar por dicha divulgación.
- Acepto que es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantenerla segura y cambiarla si creo que puede haber sido comprometida de alguna manera.
- Entiendo que MyChart contiene información médica limitada y seleccionada a partir del expediente médico del paciente, y que no refleja el contenido completo de dicho expediente. También entiendo que puede solicitarse una copia en físico del expediente médico de un paciente al departamento de manejo de la información médica (departamento de expedientes médicos (*Medical Records Department*)).
- Entiendo que mis actividades en MyChart pueden rastrearse con auditoría por computadora, y que los datos que introduzca pueden pasar a ser parte del expediente médico del paciente.
- Entiendo que el acceso a MyChart es proporcionado por Inova para la conveniencia de sus pacientes, y que Inova tiene el derecho de desactivar el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier motivo. Entiendo que el uso de MyChart es voluntario y que no estoy obligado a usar MyChart ni a autorizar un representante de MyChart.

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Medical Record # _____

Inova

Acceso del representante a los expedientes médicos mediante MyChart

Proxy Access to Medical Records via MyChart

SPANISH



- Al firmar a continuación, acepto que he leído y que entiendo este formulario para el acceso del representante a los expedientes médicos mediante MyChart, los términos y condiciones de MyChart y estoy de acuerdo con todos los términos.

Exoneración de MyChart: Acepto eximir y liberar, en mi nombre y en el del paciente adolescente (si corresponde), de la responsabilidad por todos y cada uno de los reclamos o medidas que se relacionen de alguna manera con el uso de MyChart a los médicos, a Inova y sus entidades afiliadas y a sus ejecutivos, directores, empleados, agentes, sucesores y cesionarios.

Autorización para la difusión de información médica protegida: Doy autorización para que Inova divulgue información médica mediante MyChart ÚNICAMENTE al representante designado. Se puede divulgar toda información según lo que permita MyChart.

Confirmando que la información y las firmas que suministraron ambas partes son todas correctas y válidas.

Padre/persona designada para tomar decisiones (firma)
(Parent/Designated Decision Maker (signature))

Fecha
(Date)

Hora
(Time)

Padre/madre/persona designada para tomar decisiones (nombre
en letra imprenta) (Parent/Designated Decision Maker (print name))

Parentesco:
(Relationship)

Si el acceso al representante es para un paciente mayor de 14 años, la persona que concede el acceso debe firmar:

Paciente (firma)
(Patient (signature))

Fecha
(Date)

Hora
(Time)

El paciente no debe o no puede firmar porque:

- ☐ El paciente es menor de 14 años (Patient is a minor under age 14)
- ☐ Se suministró poder legal para la atención médica (Medical Power of Attorney provided)
- ☐ Otro (especifique): _____

Información sobre el intérprete (para que el personal de Inova la complete, si corresponde)
(Interpreter Information) (To be completed by Inova staff, if applicable)

- ☐ In person ☐ Telephonic ☐ Video ☐ Interpreter name/ID number (if applicable) _____
- ☐ Patient/Designated Decision Maker was offered and refused interpreter ☐ Waiver signed

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Medical Record # _____

Inova

Acceso del representante a los expedientes médicos mediante MyChart

Proxy Access to Medical Records via MyChart

SPANISH