



Tri-Area Community Health

Acceso del paciente a los registros médicos (PHI) a través del portal del paciente y/o representante:

El acceso del paciente a nuestro Portal del paciente se proporciona sin cargo para el paciente. El portal está disponible 24/7 los 365 días del año, excepto cuando no esté disponible debido a mantenimiento, actualizaciones u otros asuntos fuera de nuestro control. Se anima a todos los pacientes a comprometerse más con su propia atención médica accediendo al portal del paciente. No se proporciona atención médica a través del portal, es simplemente un método para que revise notas, listas de medicamentos, informes de laboratorio y otra información contenida en sus registros electrónicos de salud.

Portal del Paciente

Por favor, comprenda, cualquier persona con el nombre de usuario y la contraseña de su portal podrá acceder a sus registros médicos contenidos en el portal. Es su responsabilidad mantener su nombre de usuario y contraseña seguros. También comprenda que si comparte su nombre de usuario con familiares, amigos o cualquier otra persona, ellos tendrán acceso completo a sus registros médicos contenidos en el portal. **Nuestra oficina no puede separar los registros en el portal para que los usuarios solo puedan ver una parte de esos registros.** Todos los registros estarán disponibles, incluida la información de salud protegida (PHI) confidencial contenida en su portal. Por lo tanto, es su responsabilidad proteger sus credenciales de acceso.

DESIGNACIÓN DE UN PROXY:

Designar un apoderado: Los pacientes de Tri-Area Community Health (TACH) pueden darle a otra persona el derecho de ver su registro médico TACH **si la persona figura en el formulario HIPAA del paciente.** El acceso de representante le da a la persona que usted nombra (su "Apoderado") (es decir, padre, tutor legal u otro adulto electo) la capacidad de ver la información de su registro médico y hablar con sus proveedores de atención médica utilizando el TACH ("Portal del paciente"). La información del paciente que puede ser vista por su apoderado incluye su lista de problemas, alergias, medicamentos, resultados de laboratorio y radiología, y otros documentos clínicos. Al utilizar el Portal del Paciente, su Proxy puede acceder a la información de su paciente en cualquier momento. Puede revocar el acceso de su Proxy en cualquier momento completando el "Formulario de revocación de acceso de proxy". Para nombrar a un representante y/o permitir que un representante acceda al Portal del paciente de un paciente, complete las siguientes páginas comenzando proporcionando la información del paciente que se solicita a continuación:

Información ANTERIOR: (Complete toda la información. Por favor, imprima claramente.)

Nombre: (Primero, Inicial del segundo nombre, Último) _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono móvil: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Proveedor de atención primaria del paciente: _____

****Complete la casilla a continuación que mejor describa el acceso de proxy solicitado ****
Se accederá a la historia clínica del paciente a través del recuento A del Portal del Paciente de Farmacia.
El sistema documentará todos los accesos y actividades en los registros de cuentas del portal.

PACIENTE MENOR

Solicitar acceso al Portal del Paciente de un menor de edad (de 0 a 17 años).

Las personas que soliciten acceso deben tener derechos parentales o de tutela legal.

La relación de poder con el paciente menor es:

Padre

¿Existe una orden judicial que limite su acceso a los registros médicos y la información del menor?

Sí No

Tutor legal permanente del menor: debe adjuntar una copia de la orden judicial que nombra al tutor y las cartas de tutela para verificar el estado del apoderado.

Tenga en cuenta: Se deben proporcionar documentos judiciales y / u órdenes judiciales, no se pueden hacer cambios sin los documentos legales adecuados. es decir, el acceso no puede ser bloqueado para un padre en la palabra de otro padre. Cuando el paciente cumple 18 años, se requiere una nueva solicitud y consentimiento para permitir el acceso del representante del padre / tutor legal.

Paciente ADULTO

Solicitar acceso al registro del Portal del Paciente de otro adulto.

Un paciente adulto competente puede seleccionar a una persona para que sea el representante del paciente. Un menor emancipado será tratado como si fuera un adulto para los fines de este formulario. Un paciente menor emancipado puede seleccionar a una persona para que sea el apoderado del paciente. El menor emancipado debe proporcionar prueba de emancipación.

El paciente adulto competente debe firmar la sección de reconocimiento a continuación para proporcionar un acuerdo para la divulgación de su información médica al apoderado designado. El acceso a P roxy es válido hasta que sea revocado por el paciente.

Paciente ADULTO

Solicitar acceso al registro del Portal del Paciente de otro adulto

Las personas que soliciten acceso deben ser el representante del paciente adulto.

La relación del poder con el paciente adulto es:

Representante legal del paciente: Seleccione la opción a continuación que mejor describa esta relación:

Poder notarial para atención médica (con autoridad actual)

Tutor legal (orden judicial)

Si usted es el tutor legal o tiene autoridad actual bajo un poder notarial duradero para la atención médica de este paciente, entonces esta solicitud debe ir acompañada de una copia de la documentación legal que verifique su autoridad para tener acceso a la información médica del paciente. Debe notificar a TACH de cualquier cambio en la autoridad.

Representante:

Cuidador – Adulto que ayuda a cuidar a otro adulto, es decir, un hijo adulto que cuida a los padres.

Cónyuge – Legalmente casado con el paciente.

INFORMACIÓN DEL PROXY:

Información PROXY: (Complete toda la información. Por favor, imprima claramente.)

Nombre: (Primero, Inicial del segundo nombre, Último) ____

Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono móvil: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo

electrónico: _____

Reconocimiento de PROXY A:

Entiendo y acepto que:

- Soy el apoderado del paciente y la información de representación descrita anteriormente es completa y precisa.
- He leído y entiendo los términos sobre el acceso y la designación de representantes.
- **No se requiere la firma de un paciente y mi firma como apoderado es todo lo que se requiere si soy el representante de un paciente que es un paciente menor (de 0 a 17 años) de edad o si soy el representante de un paciente debido a mi autoridad legal, es decir, tutor legal o poder notarial.**
- El portal del paciente contiene partes de los registros médicos del paciente, pero no es el registro TACH completo del paciente.
- Sujeto a políticas y procedimientos, TACH puede revocar el acceso del apoderado al portal del paciente en cualquier momento.
- Si estoy firmando este reconocimiento en nombre del paciente debido a mi autoridad legal, declaro y garantizo que estoy plenamente autorizado para ejecutar este documento en nombre del paciente y para acceder y otorgar acceso a la información sobre el paciente en el Portal del paciente, y acepto que notificaré a TACH por escrito inmediatamente si mi relación o la relación del poder con el paciente cambia (por ejemplo, si ya no soy el guardián del paciente).
- Entiendo que es mi responsabilidad mantener mi nombre de usuario y contraseña seguros y protegidos. Entiendo la importancia de mantener mis credenciales de inicio de sesión confidenciales para la seguridad y privacidad del paciente.
- Entiendo que todas mis actividades dentro del Portal del Paciente de eCW pueden ser rastreadas por auditoría informática y que cualquier entrada y mensaje puede convertirse en parte del registro médico.
- Entiendo que el Portal del Paciente no debe usarse en situaciones de emergencia. Si hay una emergencia médica o una pregunta médica urgente, me comunicaré directamente con TACH o llamaré al 911.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, entiendo y acepto los términos establecidos anteriormente y los Términos y condiciones de uso.

Fecha: _____ Nombre impreso: _____

Firma: _____

Relación con el paciente: (p. ej., padre, tutor legal, etc.) ____

Concedo el siguiente ACCESO a mi Proxy:

Acceso completo: toda la información estará disponible, incluida su lista de problemas, alergias, medicamentos, resultados de laboratorio y radiología y otros documentos clínicos.

PATIENT Reconocimiento:

Entiendo y acepto que:

- Estoy permitiendo que Tri-Area Community Health y sus afiliados y contratistas divulguen mi información en el Portal del Paciente al apoderado nombrado, arriba, a solicitud del apoderado de vez en cuando.
- Soy responsable de asegurarme de que la información descrita anteriormente, incluida la dirección de correo electrónico y otra información, sea precisa y completa.
- Elijo designar a la persona mencionada anteriormente como un representante de mi Portal del Paciente y, al hacerlo, permitirle acceso a mi información médica protegida.
- Autorizo la divulgación de cualquier información contenida en mi Portal del Paciente a mi Práxido.
- La información médica en mi Portal del Paciente se obtiene de mi registro médico electrónico de Tri-Area Community Health , pero no es mi registro médico completo de TACH.
- Participar en el Portal del Paciente y seleccionar un representante es completamente voluntario.
- No estoy obligado a elegir un portal del paciente.
- Tri-Area Community Health no condiciona ninguno de mis tratamientos, pagos u otros servicios de atención médica a si elijo nombrar a un apoderado y proporcionar permiso al firmar este reconocimiento.
- Si ya no deseo que el apoderado tenga acceso a mi Portal del Paciente, debo solicitar el cambio con Tri-Area Community Health para revocar su acceso.
- Una persona con el nombre de usuario y contraseña de mi portal podrá acceder a mis registros médicos contenidos en el portal.
- Es mi responsabilidad mantener mi nombre de usuario y contraseña seguros y protegidos.
- Entiendo que todas mis actividades dentro del Portal del Paciente de eCW completadas por el Apoderado, yo mismo, pueden ser rastreadas por auditoría informática y que cualquier entrada y mensaje puede convertirse en parte del registro médico.
- La información de fuentes externas, como laps, patología e informes de imágenes, se comparte en el portal del paciente tan pronto como nuestra oficina recibe los resultados, por lo que puede acceder al informe antes de que nuestra oficina revise y verifique la información.
- La práctica no tendrá ninguna responsabilidad u obligación por la información o el contenido publicado en el Portal del Paciente de cualquier proveedor de atención médica o tercero que no forme parte de nuestra práctica.
- La información o el contenido publicado en el Portal del Paciente puede ser cambiado o actualizado sin previo aviso.
- El Portal del Paciente es para fines informativos y no constituye consejo, diagnóstico, tratamiento o recomendaciones médicas profesionales de ningún tipo.
- Entiendo que el Portal del Paciente no debe usarse en situaciones de emergencia. Si hay una emergencia médica o una pregunta médica urgente, me comunicaré directamente con TACH o llamaré al 911.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, entiendo y acepto los términos establecidos anteriormente y los Términos y condiciones de uso.

Fecha: _____ Nombre impreso: _____

Firma: _____