

Este formulario debe utilizarse para las solicitudes de acceso al Portal para pacientes presentadas por: 1) Padres 2) Tutores legales y 3) Representantes adultos

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO: DD/MM/AAAA	GÉNERO:
DIRECCIÓN:			
CIUDAD:	ESTADO/PROVINCIA:	CÓDIGO POSTAL:	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: <input type="checkbox"/> NA	TELÉFONO DE CASA:	TELÉFONO MÓVIL:	

*****Seleccione la(s) casilla(s) a continuación que mejor describa/describan el acceso al portal del paciente/acceso del representante solicitado*****

Para todos los tipos de acceso, solo se puede acceder al expediente del paciente a través de la cuenta del representante en el Portal para pacientes.

<p><u>PACIENTE MENOR DE EDAD</u> <u>(hasta los 11 años de edad)</u></p> <p>Acceso al registro de pacientes de hasta 11 años de edad en el Portal para pacientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Las personas que soliciten acceso deben tener la patria potestad o tutela legal permanente. ❖ Se debe firmar el formulario <p>El parentesco del representante con el paciente es:</p> <p><input type="checkbox"/> Padres (Identificación con foto necesaria y estatus documentado en un registro médico o documento legal)</p> <p><input type="checkbox"/> Tutor legal permanente (Se requiere identificación con foto y copia de la orden judicial que nombre la tutela)</p>	<p><u>PACIENTE ADULTO</u> – El acceso lo puede otorgar el paciente adulto a cualquier adulto (mayor de 18 años)</p> <p><input type="checkbox"/> Acceso total: acceso a toda la información clínica, programación de citas, envío de mensajes a proveedores y reabastecimiento de medicamentos (lo puede otorgar el paciente sin enviar el formulario a través del portal)</p> <p><input type="checkbox"/> Acceso de tutor legal: documento con tutor legal permanente (se requiere identificación con foto y copia de la orden judicial que nombre la tutela) todo el acceso que tenga el paciente (puede ser otorgado por el paciente sin enviar el formulario a través del portal u otorgado por el Departamento de gestión de información de salud (HIM) a través del formulario)</p> <p><input type="checkbox"/> Acceso clínico de solo lectura: solo leerá información clínica, no tendrá acceso a funciones de mensajería o programación o reabastecimiento de medicamentos (puede ser otorgado por el paciente sin enviar el formulario a través del portal u otorgado por el Departamento de gestión de información de salud (HIM) a través del formulario)</p> <p><input type="checkbox"/> Acceso a programación y mensajería: solo para programar citas y enviar mensajes a proveedores, no puede leer información clínica (puede ser otorgado por el paciente sin enviar el formulario a través del portal u otorgado por el Departamento de gestión de información de salud (HIM) a través del formulario)</p>
	<p><u>PACIENTE ADULTO CON DISCAPACIDAD PERMANENTE:</u> El acceso lo puede otorgar el paciente adulto a cualquier adulto (mayor de 18 años)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se debe firmar el formulario <p>El parentesco del representante con el paciente adulto con discapacidad permanente es:</p> <p><input type="checkbox"/> Representante/apoderado: Se requiere poder simple o apoderado para atención médica (especificar quién toma las decisiones de atención médica)</p> <p><input type="checkbox"/> Tutor legal permanente: Se requiere (identificación con foto y copia de la orden judicial que nombre la tutela) del tutor legal</p>

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE

NOMBRE DEL REPRESENTANTE: APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO: DD/MM/AAAA	
DIRECCIÓN:			
CIUDAD:	ESTADO/PROVINCIA:	CÓDIGO POSTAL:	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:	TELÉFONO DE CASA:	TELÉFONO MÓVIL:	



**PATIENT PORTAL ACCESS
REQUEST – CHILD PROXY OR
ADULT PROXY – SPANISH**



1967

PATIENT LABEL

DECLARACIÓN DE PADRES/TUTORES LEGALES

Al firmar a continuación, reconozco y acepto que:

- Usaré mi propia cuenta de My Baptist Chart en Baptist Health para acceder a la cuenta del Paciente.
- Cumpliré con los términos y las condiciones de la página web My Baptist Chart (ubicada en **My.BaptistChart.com**) y este documento.
- Mantendré la confidencialidad de mi contraseña y no compartiré esta información con nadie.
- Tengo patria potestad o derechos de tutela legal para acceder al registro de este Paciente (de hasta 11 años de edad).
- **NO soy padre o madre adoptivo/a ni padrastro o madrastra de este Menor.**
- No existen órdenes judiciales ni órdenes de restricción vigentes que limiten mi acceso a los registros médicos y/o a la información de este Paciente.
- Notificaré a Baptist Health por escrito de inmediato si mi Parentesco con el Paciente cambia (por ejemplo, si ya no soy el Tutor legal del Paciente).
- Las comunicaciones en nombre del Paciente a través de My Baptist Chart deben enviarse desde el registro del Paciente y las respuestas se recibirán en el registro del Paciente. Las alertas por correo electrónico de My Baptist Chart se enviarán a la dirección de correo electrónico ingresada en Información del representante.
- Existen limitaciones de rango de edad para My Baptist Chart. Estas limitaciones de rango de edad no afectan ningún derecho legal que tenga para acceder al registro del Paciente por otros medios. Copias del registro están disponibles para los solicitantes autorizados (sujetos a otras políticas de Baptist Health) comunicándose con el Departamento de gestión de información de salud del hospital o con el personal de recepción en el consultorio del médico.
- Para un menor de 0 a 11 años, el representante tendrá acceso a My Baptist Chart del Menor. Para que nuestro portal cumpla plenamente con ciertas restricciones de las leyes de privacidad de Florida, los padres de los pacientes de 12 a 17 años tendrán acceso parcial a la cuenta del portal de sus Hijos. El representante pasa automáticamente al Acceso de adulto a adolescente a las 12 a.m. del día en que el adolescente cumple 12 años, con acceso para programar citas, enviar mensajes si los padres iniciaron los mensajes y vacunaciones. A los 18 años, el representante perderá el acceso a la cuenta de My Baptist Chart del paciente y deberá completar un formulario de consentimiento para obtener acceso.
- Yo, como representante legal y garante de un paciente de 0 a 11 años de edad, y mayor de 18 años, tendré la capacidad de ver, pagar facturas y recibir asistencia financiera, planes de pago y configurar el pago automático.
- A los adolescentes (de 12 a 17 años) se les otorgará acceso a My Baptist Chart a menos que uno de los padres solicite que se restrinja o niegue el acceso del menor.
- La eliminación del acceso de apoderado (parental proxy) se produce cuando se valida el estatus de menor emancipado.

Firma del padre o de la madre/del tutor legal

Parentesco con el paciente

Fecha

Hora

Presente el formulario:

ENTREGUE LA DOCUMENTACIÓN EN PERSONA O ENVÍELA POR CORREO A: Baptist Health, Departamento de gestión de información de salud (HIM), a la atención de: Portal para pacientes, 3563 Philips Highway, Building B-201, Jacksonville, FL 32207
O al consultorio de su médico de Baptist Health.

****Nota:** Este formulario **SOLO** debe ser completado por padres, tutores legales o representantes adultos. Los pacientes Adultos que deseen participar en el portal pueden registrarse durante su visita o recibir un código de activación en el resumen posterior a la visita. Este código le permitirá iniciar sesión y crear su propia identificación de usuario y contraseña. Puede acceder a su cuenta MyChart iniciando sesión en **my.baptistchart.com**. Si no se le emitió un código de activación, puede solicitar uno directamente desde el sitio web MyChart.



**PATIENT PORTAL ACCESS
REQUEST – CHILD PROXY OR
ADULT PROXY – SPANISH**

PATIENT LABEL