3PRX

Autorización para el uso o divulgación de información médica

Esta autorización para el uso o divulgación de mi información de salud a través de MyJohnMuirHealth es requerida por la ley estatal y federal.

Por favor complete todos los campos y con letra legible para asegurar el procesamiento oportuno.

Nombre del paciente: _____ _____ _____

Apellido Nombre Inicial

Tel: (_____) _____ - _____ NUM DE SS: ____ - ___ - _____ Fecha de nacimiento:___/___/_____

Por la presente, autorizo el uso o divulgación de mi información de salud

Por la presente, autorizo a John Muir Health, a la John Muir Physician Network, y / o a John Muir Salud Mental (colectivamente, "John Muir") a permitir el acceso a toda información de mi salud en MyJohnMuirHealth, *incluyendo información sobre el SIDA, el uso de drogas / alcohol y mi Salud Mental si está disponible,* a las siguientes personas:

Representante de Proxy: _____

Dirección:_____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tel: (_____) _____ - _____ Núm. de SS: (últimos 4 dígitos) _____ Fecha de nacimiento:___/___/_____

Dirección de correo electrónico: _____

Relación respecto a mí* ☐ Cónyuge ☐ Cuidador ☐ Tutor ☐ Niño Adulto (+ de 18 años) ☐ Conservador ☐ Otros

*Pueden ser necesarios documentos legales para establecer una relación, por ejemplo, certificado de matrimonio, certificado de nacimiento, documentos de tutela, poder notarial.

TENGO DERECHO A UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN. (Consulte la parte posterior del formulario para información adicional relativa a la autorización).

Copia solicitada: ☐ Sí ☐ No Copia solicitada: ☐ Sí ☐ No

_____ _____

Firma del paciente Fecha / Hora

PROXY-01 SP (10/17/13)

JOHN MUIR HEALTH

FORMA DE ACCESO PROXY (ADULTOS + de 18)
(PROXY ACCESS FORM (ADULTS 18+))

WHITE - CHART YELLOW - PATIENT

PATIENT LABEL

Print Name:

DOB:

MR#:

El receptor puede usar mi información de salud sólo para los siguientes fines:

***Para acceder a la información y los servicios médicos en mí nombre a través de* MyJohnMuirHealth.**

Esta autorización no permite a mi Representante Proxy (1) tomar decisiones de atención de salud en mi nombre ni (2) tener acceso a mi información de salud que no sea a través de MyJohnMuirHealth.

Esta autorización será válida hasta que: (a) sea revocada por el paciente o representante Proxy electrónicamente o por escrito, o (b) tras cinco (5) años desde la fecha de la firma más abajo, lo que ocurra primero. Puedo negarme a firmar esta autorización y mi negativa no afectará mi capacidad de obtener tratamiento. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por vía electrónica o por escrito. Si es por escrito, la revocación debe ser firmada por él o en su nombre y debe ser enviada al departamento de Gestión de la Información de la Salud. La revocación es efectiva desde su recepción, pero no tendrá ningún impacto sobre los usos o divulgaciones hechas mientras que la autorización sea válida.

Restricción: La ley de California prohíbe que el Representante Proxy haga cualquier divulgación de su información de salud a menos que el beneficiario obtenga otra autorización de usted o menos que la divulgación sea requerida o permitida por la ley. Esta protección no puede extenderse a destinatarios de fuera del estado de California.

Fax a: (925) 947-3235 o por correo a: John Muir Health
Health Information Management
ATTN: MyJohnMuirHealth Proxy
1400 Treat Blvd, 2nd Floor
Walnut Creek, CA 94597
(925) 941-2655

PARA USO DE JMH:

No. Arch Méd: _____

Identificación de Padre / Guardián verificada por:_____

Fecha: _____

PROXY-01 SP (10/17/13)

JOHN MUIR HEALTH

FORMA DE ACCESO PROXY (ADULTOS + de 18)
(PROXY ACCESS FORM (ADULTS 18+))

WHITE - CHART YELLOW - PATIENT

PATIENT LABEL

Print Name:

DOB:

MR#: