

Esta solicitud de permiso por escrito 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:** \_\_\_\_\_  
(Menores de 18 años) Apellido Nombre Inicial  
Tel: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Núm. de SS: (últimos 4 dígitos) \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Yo doy autorización a la siguiente persona para acceder a la información de salud en MyJohnMuirHealth, para el paciente arriba mencionado:

Padrastró: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Tel: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Núm. de SS: (últimos 4 dígitos) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Padre natural o tutor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Tel: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Núm. de SS: (últimos 4 dígitos) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente arriba mencionado:  **Padre Natural**  **Tutor**

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 Padre Natural / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha / Hora

\_\_\_\_\_  
Firma Padrastró

\_\_\_\_\_  
Fecha / Hora

PROXY-02 SP (11/20/14)



**JOHN MUIR**  
HEALTH

**AUTORIZACIÓN ESCRITA PARA QUE UN PADRASTRO ACCEDA  
A LA HISTORIA CLÍNICA DE UN MENOR  
(WRITTEN AUTHORIZATION FOR A STEPPARENT TO ACCESS  
THE MEDICAL RECORD OF A MINOR CHILD)**

WHITE - CHART YELLOW - PATIENT

PATIENT LABEL

Print Name:

DOB:

MR#:

El destinatario puede utilizar la información de salud sólo para los siguientes fines:

***Para acceder a la información y los servicios médicos en nombre de un hijo menor de edad a través de MyJohnMuirHealth.***

Esta autorización no permite que el representante de proxy acceda a la información de salud del paciente, de otra manera que no sea a través de MyJohnMuirHealth.

Puedo negarme a firmar esta autorización y mi negativa no afectará a la capacidad del paciente para obtener tratamiento. Esta autorización será válida hasta que sea revocada por vía electrónica o por escrito por MyJohnMuirHealth o representante apoderado, o una vez que el niño llegue a los 18 años de edad, lo que ocurra primero. Si es por escrito, la revocación debe ser firmada en nombre de la paciente y debe ser enviada al departamento de Gestión de la Información de la Salud. La revocación es efectiva desde la 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 se extiende 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:**

Padre / Padrastro Verificado por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

PROXY-02 SP (11/20/14)



**JOHN MUIR**  
HEALTH

**AUTORIZACIÓN ESCRITA PARA QUE UN PADRASTRO ACCEDA  
A LA HISTORIA CLÍNICA DE UN MENOR  
(WRITTEN AUTHORIZATION FOR A STEPPARENT TO ACCESS  
THE MEDICAL RECORD OF A MINOR CHILD)**

WHITE CHART YELLOW PATIENT

PATIENT LABEL

Print Name:

DOB:

MR#: