

Solicitud de acceso en línea a los archivos médicos de un menor de edad

Por la presente solicito que John Muir Health, John Muir Physician Network, y / o John Muir Salud Mental (colectivamente, "John Muir") proporcionen acceso a la información de salud en MyJohnMuirHealth permitida por la ley, acerca del paciente nombrado abajo, a la siguiente persona.

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: ____ / ____ / ____

Representante de Proxy: (Edad + de 18): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tel: (____) _____ - _____ Núm. de SS: (últimos 4 dígitos) _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección de correo electrónico: _____

Relación con el niño: * Padre Tutor Conservador

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

Para los padrastros, por favor completen la "Autorización escrita para que un padrastro acceda a la historia clínica de un hijo menor de edad"; formulario que se encuentra en este sitio web.

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 Representante de Proxy

Fecha / Hora

PROXY-03 SP (11/20/14)



**FORMULARIO DE ACCESO PROXY (menores)
(PROXY ACCESS FORM (MINOR ACCESS))**

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:

No. Arch Méd: _____ Identificación de Padre
/ Guardián verificada por: _____
Fecha: _____

PROXY-03 SP (11/20/14)



**FORMULARIO DE ACCESO PROXY (menores ____)
(PROXY ACCESS FORM (MINOR ACCESS))**

WHITE - CHART YELLOW - PATIENT

PATIENT LABEL

Print Name:

DOB:

MR#: