

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:

Padrastro: _____

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 Padrastro

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#: