



Consentimiento

Consentimiento para la autorización para que mi apoderado adulto revele información de MyCompass

Este consentimiento es una autorización que le permitirá revelar a Fort HealthCare y a otros proveedores que utilicen la historia clínica electrónica de Fort HealthCare su información médica a su adulto apoderado designado.

Su nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Entiendo que:

- La autorización para mi apoderado le permitirá a la persona mencionada a continuación acceder a mi información médica a través de MyCompass. Este formulario no autoriza la revelación de mi historia clínica a mi apoderado designado por otros medios o en otros formularios.
- Si ya no deseo que este individuo tenga acceso a mi información, es mi responsabilidad revocar su acceso.
- Se debe realizar una petición por escrito para revocar el acceso de este apoderado y todas las acciones realizadas o accesos anteriores a la revocación que fueron autorizados como parte de la firma y fecha inicial.
- Todas las actividades dentro de mi cuenta MyCompass pueden ser rastreadas por medio de una auditoría informática y los accesos que mi apoderado realice pueden formar parte de mi historia clínica.
- El acceso a mi cuenta MyCompass se provee por conveniencia y puede ser revocado en cualquier momento y por cualquier motivo, incluidas las acciones no autorizadas o inapropiadas por parte de mi apoderado.
- El uso de MyCompass es voluntario y no se me requiere que utilice MyCompass o que autorice a otra persona (apoderado) para que acceda a mi cuenta de MyCompass.
- Mi capacidad de recibir tratamiento, pago y otros servicios no estará afectada y elijo no proveerle acceso a mi apoderado a mi cuenta MyCompass. Sin embargo, también entiendo que, si no le proveo la autorización, no se le otorgará a mi apoderado el acceso a mi historia MyCompass.
- Autorizo el uso y/o divulgación de la información electrónica de salud protegida (ePHI, por sus siglas en inglés) a través de MyCompass tal como se describe anteriormente.
 - Los nombres o tipos de organizaciones autorizadas para divulgar la ePHI a través de MyCompass son:
 - Fort Memorial Hospital
 - Fort Medical Group
 - El proveedor de atención médica que utilice la historia clínica electrónica de Fort HealthCare.
 - Descripción de la ePHI que será revelada: Información médica disponible en MyCompass

Departamento de HIM, escanear como: MyCompass Autorización para el apoderado	Fecha original: 07/11/2018	Etiqueta del paciente
	Revisado 01/31/2020	



Consentimiento

Consentimiento para la autorización para que mi apoderado adulto revele información de MyCompass

La ePHI está siendo divulgada hacia mi apoderado para que tenga un rol más activo en mi atención médica. ***Esta no tiene como objetivo reemplazar la autorización para divulgar información médica autorizada.*** Yo entiendo que a los individuos que requieran copias de mis historias clínicas con objetivos más que la participación en mi atención y tratamiento se les requerirá que llenen una autorización completa para la divulgación de la información médica y que esté firmada por mi para que el Departamento de Manejo de la Información Médica la procese.

- La autorización le otorga el acceso a cualquier proveedor anterior a la fecha de la autorización, así como cualquier tratamiento que se provea mientras la autorización es válida.
- Entiendo que mi apoderado tendrá acceso a historias que pueden incluir información relacionada con el diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades mentales, consumo excesivo de alcohol/drogas, ITS, resultados de la prueba de VIH, discapacidades del desarrollo y resultados de pruebas genéticas.
- Entiendo que una vez que se divulga mi información médica, el apoderado puede continuar divulgando mi ePHI y ya puede dejar de estar protegida por la ley federal.
- Con mi firma a continuación reconozco que he leído y comprendo la autorización y estoy de acuerdo con los términos y le concedo a mi apoderado mencionado a continuación el acceso a mi información médica personal por medio de MyCompass.

Nombre del apoderado: _____ Relación: _____

Fecha de nacimiento del apoderado: _____ Teléfono del apoderado #: _____

Dirección de correo electrónico del apoderado: _____

Firma del paciente (o del representante legal)

Fecha

Departamento de HIM, escanear como: MyCompass Autorización para el apoderado	Fecha original: 07/11/2018	Etiqueta del paciente
	Revisado 01/31/2020	