



## FORMULARIO DE ACCESO POR PROXY AL PORTAL DEL PACIENTE: ADULTO

Para registrarse para acceder a la información de salud de otro Adulto a través del Portal del Paciente, complete este formulario en su totalidad. La cuenta de registro médico electrónico del adulto se vinculará a su cuenta actual del portal del paciente (si está disponible). Esto le permitirá tener un acceso de poder a su información de salud disponible en el Portal del Paciente de CBHA, una parte de nuestra solución de registro médico electrónico "AthenaPractice" de Athena Health.

Después de completar este formulario, devuélvalo a CBHA (dirección y número de fax a continuación). Se le enviará un código de activación y un enlace para completar el proceso de registro en línea.

**1. ("Apoderado") Información: El apoderado debe ser un paciente de CBHA y también debe inscribirse en el Portal del Paciente, si aún no lo ha completado.**

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_

Fecha nacimiento \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Proveedor Principal \_\_\_\_\_

**2. Solicitud de acceso de apoderado: Adulto:** Mi relación con el adulto es el siguiente

\_\_\_\_\_ Padre

\_\_\_\_\_ Cónyuge

\_\_\_\_\_ Poder notarial / Otro (Debe adjuntar una copia de la Orden judicial que nombra al Poder notarial para la toma de decisiones médicas o Representante designado por el tribunal).

**3. Limitaciones del rango de edad:**

- De 0 a 11 años, se le otorgará acceso completo a sus registros médicos disponibles en el Portal del Paciente de CBHA.
- De 12 a 17 años de edad, no se le otorgará acceso completo a sus registros médicos a menos que este "Formulario de acceso de representante al portal del paciente: niño / adolescente" esté firmado por el representante solicitante y el paciente niño / adolescente.
- A partir de los 18 años, no se le otorgará acceso completo a sus registros a menos que un "Formulario de acceso de apoderado al portal del paciente: adulto" esté firmado tanto por el apoderado solicitante como por el paciente adulto.

Estas limitaciones no afectan ningún derecho legal a solicitar copias impresas o digitales de registros médicos según lo permitan las leyes de privacidad federales y del estado de Washington por otros medios. Para hacerlo, comuníquese con el departamento de registros médicos de CBHA.

**4. Reconocimientos de apoderado: Al firmar a continuación, reconozco y acepto que como apoderado:**

- Usaré mi propia cuenta del portal del paciente de CBHA para acceder a los registros de este adulto.
- Mantendré mi contraseña confidencial y no compartiré esta información con nadie.
- No hay órdenes judiciales ni órdenes de restricción vigentes que limiten mi acceso a este Adulto, sus registros médicos y / o información.

\_\_\_\_\_  
Firma del Apoderado (Obligatorio)

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente (Obligatorio)

\_\_\_\_\_  
Fecha (Obligatorio)

**5. Reconocimiento del paciente adulto:**

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_

Fecha nacimiento \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**6. Proveedor Principal:**

- Entiendo que las divulgaciones de registros del Portal del Paciente de CBHA cubiertas por este formulario de poder incluyen TODOS los registros, incluida la información que de otro modo estaría protegida de (no divulgada a) cualquier persona sin mi consentimiento de acuerdo con las leyes de privacidad federales y del estado de Washington.
- (OBLIGATORIO) Mis iniciales a continuación autorizan específicamente la divulgación de información médica relacionada con las pruebas, el diagnóstico o el tratamiento para

- Virus del VIH / SIDA \_\_\_\_\_
- Trastornos psiquiátricos / de salud mental \_\_\_\_\_
- Enfermedades de transmisión sexual \_\_\_\_\_
- Tratamiento / abuso de drogas y alcohol \_\_\_\_\_

- Entiendo que no estoy obligado a designar un representante de cuenta del Portal del Paciente y no estoy obligado a proporcionar esta autorización. También entiendo que CBHA no basa ninguno de mis tratamientos, pagos u otros servicios de atención médica en si proporciono esta autorización. También entiendo que si no doy la autorización, CBHA no puede proporcionar acceso a mi registro de Centricity al solicitante de este poder.
- Autorizo la divulgación de esta información sólo a través de mis registros del Portal del Paciente. Este formulario no autoriza la divulgación de mi registro médico a mi apoderado designado por otros métodos o en otras formas. Entiendo que una vez que se ha divulgado la información, es posible que el apoderado la vuelva a divulgar y que la información divulgada no esté cubierta por las protecciones federales de privacidad.
- Entiendo que este formulario puede ser revocado en cualquier momento, siempre que la información aún no haya sido divulgada, enviando una solicitud por escrito para cancelar el acceso del apoderado. También entiendo que revocar esta autorización no afectará ninguna divulgación que se hizo antes de procesar la solicitud de revocación.
- Reconozco que he leído y comprendido este formulario de registro. Estoy de acuerdo con sus términos y elijo designar a la persona nombrada anteriormente (el apoderado / beneficiario) como mi apoderado, lo que le permite acceder a mis registros médicos del Portal del Paciente de CBHA.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (obligatorio)

\_\_\_\_\_  
Relación con el apoderado (obligatorio)

\_\_\_\_\_  
Fecha (obligatorio)

Envíe por fax el formulario completo al **(509) 331-1601** o envíelo por correo a:

**Columbia Basin Health Association**

**1515 E. Columbia Street**

**Othello, WA 99344**

Please send all Proxy requests to Medical Records to be processed.

<p>For Official Use: I have received 1 copy of the required guardianship and/or Durable Power of Attorney for healthcare verification. Date: _____ Initials: _____</p>
--