



FORMULARIO DE ACCESO POR PROXY AL PORTAL DEL PACIENTE: NIÑO / ADOLESCENTE

Para registrarse para acceder a la información de salud de su hijo / adolescente a través del Portal del Paciente, complete este formulario en su totalidad. La cuenta de registro médico electrónico de su hijo / adolescente se vinculará a su cuenta actual del portal del paciente (si está disponible). Esto le permitirá tener un acceso de poder a la información de salud de su hijo / adolescente disponible en el Portal del Paciente de CBHA, 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. Información del padre / tutor legal ("apoderado"):** 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 de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Proveedor principal _____

- 2. Solicitud de acceso de apoderado:** de adulto a niño / adolescente: Mi relación con el niño / adolescente es la siguiente:

_____ Padre

_____ Tutor legal permanente del paciente (debe adjuntar una copia de la orden judicial que nombra al tutor y las cartas de tutela que verifiquen el estado del apoderado como tutor legal permanente del paciente).

- 3. Limitaciones del rango de edad:**

- De 0 a 11 años, se le otorgará acceso completo a sus registros médicos disponibles en la solución AthenaPractice EMR 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 tanto por el representante solicitante como por 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 por el apoderado solicitante y el paciente adulto.
- Estas limitaciones no afectan ningún derecho legal de solicitar copias impresas o digitales de los registros de su hijo / adolescente según lo permitan las Leyes de Privacidad y Consentimiento de Menores 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 niño / adolescente.
- Mantendré mi contraseña confidencial y no compartiré esta información con nadie.
- Debo tener derechos de paternidad y tutela legal para acceder al registro de este niño / adolescente.

- No se me han negado períodos de ubicación física con el niño / adolescente y no hay órdenes judiciales o órdenes de restricción vigentes que limiten mi acceso a los registros médicos y / o información de este niño / adolescente.

Firma del Apoderado (Obligatorio)

Relación con el paciente (Obligatorio)

Fecha (Obligatorio)

5. Información de niño / adolescente:

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____

Fecha de nacimiento _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Proveedor principal _____

6. Reconocimiento de niño / adolescente:

- 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, como menor, de otro modo estaría protegida de (no divulgada a) mi padre / tutor legal sin mi consentimiento de acuerdo con el Consentimiento y Privacidad de Menores del Estado de Washington Leyes.
- (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 autorización, CBHA no puede proporcionar acceso a mi registro de AthenaPractice al solicitante de este poder.
- Autorizo la divulgación de esta información solo 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 Apoderado (Obligatorio)

Relación con el paciente (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

For Official Use:

I have received 1 copy of the required guardianship and/or Durable power of attorney for healthcare verification.

Date: _____ Initials: _____