



Apoderado en MyChart Autorización para divulgar información médica

Nombre del paciente:
Fecha de nacimiento:
N.º de registro médico de KKI:
N.º de registro médico de JHH:

Nombre del paciente: _____ N.º de teléfono: _____
Nombre Inicial del seg. nombre Apellido

Fecha de nacimiento: _____ Correo electrónico: _____
obligatorio

N.º de registro médico: _____
se lo conoce

Dirección: _____
Calle

ciudad estado código postal

¿Quién puede ser apoderado?

- Padre/madre de un paciente menor de 18 años.
- Cualquier adulto que un paciente adulto elija.
- Representante legal.
- Adulto elegido por un representante legal.

Un apoderado debe tener un registro creado en Kennedy Krieger específicamente para convertirse en apoderado, o es posible que ya sean pacientes de Kennedy Krieger.

Nota: Los padres de acogida y asistentes sociales NO pueden obtener acceso como apoderados.

Al completar y firmar este formulario, autorizo por la presente a **Kennedy Krieger** a otorgar a la persona que se menciona a continuación (“apoderado”) acceso, según se especifica a continuación, a mi información médica (o de mi hijo) en Kennedy Krieger disponible a través de Kennedy Krieger MyChart (“MyChart”):

Nombre del apoderado: _____ N.º de teléfono: _____
Nombre Inicial del seg. nombre Apellido obligatorio

Fecha de nacimiento: _____ Correo electrónico: _____
obligatorio obligatorio

Relación con el paciente: _____
obligatorio

Dirección: _____
Calle

Ciudad Estado Código postal



Apoderado en MyChart Autorización para divulgar información médica

Nombre del paciente:
Fecha de nacimiento:
N.º de registro médico de KKI:
N.º de registro médico de JHH:

Vencimiento de la autorización del apoderado en MyChart (marque solo uno):

Fecha de vencimiento: _____

Válido mientras el apoderado esté involucrado en mi atención o la de mi hijo.

Nota: Si marca esta casilla, es su responsabilidad notificar a Kennedy Krieger en caso de que desee revocar el acceso del apoderado y cuando lo haga. Puede hacerlo completando este formulario nuevamente y dando una fecha de vencimiento.

- Esta autorización es voluntaria. No estoy obligado a designar un apoderado. Mi tratamiento/el tratamiento de mi hijo no se verán afectados si firmo o no este formulario.
- Este formulario autoriza el acceso a la información médica solamente a través de MyChart y no autoriza la divulgación de mi historia clínica/la historia clínica de mi hijo al apoderado por otros métodos o en otros formatos.
- Esta autorización es válida durante el tiempo especificado anteriormente, a menos que revoque o retire esta autorización. Puedo revocar o retirar esta autorización, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas antes de revocarla o retirarla, enviando mi solicitud por escrito por correo o fax, junto con una copia de la autorización original, a la clínica o al departamento donde proporcioné la autorización.
- Una vez que Kennedy Krieger divulgue la información médica según se solicite, es posible que la información ya no esté protegida por las leyes federales y estatales de privacidad y podría ser divulgada nuevamente por el apoderado.
- La información médica divulgada podría contener información relacionada con el estado del VIH, el sida, las enfermedades de transmisión sexual, la salud mental, el abuso de drogas y alcohol, y/u otra información delicada.
- Kennedy Krieger proporciona acceso a MyChart para conveniencia de sus pacientes. Kennedy Krieger tiene derecho a desactivar el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier motivo.
- Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendo esta autorización, y que acepto sus términos.

Esta autorización vencerá en 30 días si no activo mi acceso a MyChart dentro de ese período.

Firma del paciente o del tutor legal

Fecha

Hora

Nombre, en letra de imprenta, del padre/madre/tutor legal



Apoderado en MyChart
Autorización para divulgar información
médica

Nombre del paciente:
Fecha de nacimiento:
N.º de registro médico de KKI:
N.º de registro médico de JHH:

¿Es usted el paciente? [] Sí [] No

Si usted NO es el paciente pero firma en nombre del paciente como su representante, debe completar la
siguiente información:

Yo, _____, soy
nombre del representante, en letra de imprenta

Marque lo que corresponda:

- [] El padre/la madre del paciente con la patria potestad
[] El tutor designado por un tribunal del paciente
[] El agente de atención médica legalmente designado del paciente
[] El apoderado médico legal del paciente

Firma del representante Fecha Hora

N.º de teléfono: _____ obligatorio Correo electrónico: _____

Dirección: _____
Calle

ciudad estado código postal

**Si usted no es el padre/la madre del paciente, DEBE adjuntar una prueba de su autoridad para actuar en
nombre del paciente, como se indicó anteriormente.**

Devuelva este formulario, junto con cualquier documentación necesaria, a la oficina de su proveedor de
Kennedy Krieger o al Departamento de Gestión de Información Médica de Kennedy Krieger:

Administración de la Información de la Salud (Health Information Management)

Fax 443-923-1830
Correo electrónico ReleaseOfInformation@KennedyKrieger.org
Correo postal 801 North Broadway
Baltimore, MD 21205