Avera

PROX ACC

Acceso al Expediente del Paciente en AveraChart

Para pedir acceso al expediente AveraChart de un paciente por el cual el apoderado ayuda con el manejo de la atención de salud, por favor complete este documento. Completando este documento va a establecer un AveraChart para el apoderado y para el paciente. Por favor note, el apoderado va a tener acceso al expediente del paciente por medio del acceso de apoderado. Se tiene que llenar un documento separado para cada paciente y/o apoderado. Por favor permita aproximadamente siete (7) días hábiles de oficina para que se establezca el acceso del apoderado. Una vez establecido el acceso del apoderado, se enviará un correo electrónico a la dirección de internet proporcionada. Presione el enlace en el correo electrónico para poder tener acceso el AveraChart. El enlace se vence en 10 días.

Información del Paciente

Complete esta sección con información sobre el paciente acerca de quien el apoderado está pidiendo acceso al AveraChart.
**** Información Exigida.***

* Nombre (apellidos, primer, segundo nombre):_____ * Fecha de Nacimiento: _____ * Sexo: M / F
Últimos 4 dígitos del NSS: _____ * Número de teléfono: _____
Domicilio: _____ Ciudad:_____ Estado:_____ Código: _____

Información del Apoderado

Esta sección tiene que ser completada por la persona que está pidiendo acceso al AveraChart del paciente.
**** Información Exigida***

* Nombre (apellidos, primer, segundo nombre):_____ * Número de teléfono: _____
Domicilio: _____ Ciudad:_____ Estado:_____ Código: _____
* Correo electrónico: _____

Si usted es paciente en algún lugar de AveraChart y también quisiera acceso a su propio expediente, por favor proporcione lo siguiente:
* Fecha de Nacimiento:_____ * Sexo:_____

Autoridad del Apoderado

_____ El paciente es un menor de 12 años de edad o menos y yo soy un padre de familia del paciente. Mis derechos a pedir información sobre el paciente menor de edad no han sido limitados por una orden de la corte.
_____ El paciente es un menor de 12 años o menos y yo soy el guardián del paciente. Ver la orden adjunta la cual todavía está vigente.
_____ El paciente es una persona incapacitada y yo soy el guardián del paciente. Vea los documentos adjuntos los cuales todavía están vigentes.
_____ El paciente, incluyendo los pacientes de un mínimo de 12 años y mayores, me ha dado autorización para tener acceso a información del expediente médico. Ver la sección del paciente abajo.
_____ Otro: _____
_____

El acceso del apoderado para menores es limitado solamente para padres de familia y guardianes legales.
Si no se autoriza el acceso al apoderado, usted puede solicitar copias del expediente médico por medio de La Administración de Información Médica en la institución donde usted recibe atención de salud.

Términos y acuerdos de AveraChart

- Yo entiendo que la intención de AveraChart es ser una fuente segura de información médica confidencial en el internet. Si yo comparto mi identificación de AveraChart y la clave secreta con otra persona, esa persona puede ver toda la información médica a la cual yo tengo acceso por medio de AveraChart.
- Yo entiendo que es mi responsabilidad seleccionar una clave secreta, mantener esa clave secreta en un lugar seguro y cambiar mi clave secreta si yo pienso que la clave ha sido descubierta de alguna forma.
- Yo entiendo que AveraChart contiene información seleccionada y limitada de un expediente médico del paciente y que AveraChart no refleja el expediente médico completo.
- Yo entiendo que mis actividades dentro de AveraChart pueden ser monitorizadas por inspección de computadoras y que las entradas que yo hago pueden ser parte del expediente médico del paciente.
- Yo entiendo que el acceso a AveraChart se provee como una conveniencia para los pacientes y que el acceso a AveraChart puede ser desactivado en cualquier momento por cualquier motivo. Yo entiendo que el uso de AveraChart es voluntario y que no estoy obligado a usar AveraChart o a autorizar un apoderado para AveraChart.

Avera

PROX ACC

Access to a patient's AveraChart Record

To request access to the AveraChart record of a patient whose medical care the proxy helps manage, please complete this form. Completing this form will establish an AveraChart for the proxy and for the patient. Please note, the proxy will access the patient's records through the proxy's access. A separate form will need to be completed for each patient and/or proxy. Please allow approximately seven (7) business days for proxy access to be established. After proxy access is established an e-mail will be sent to the address provided. Click on the link in the e-mail to gain access to AveraChart. The link will expire at 10 days.

Patient Information

Complete this section with information about the patient whose AveraChart the proxy is requesting to access.
**** Required Fields.***

*Name (last, first, middle name):_____ *Date of Birth: _____ *Gender: M / F
Last 4 digits of SSN: _____ *Phone Number: _____
Street Address: _____ City:_____ State:_____ Zip: _____

Proxy Information

This section should be completed by the individual requesting access to a patient's AveraChart.
**** Required Fields.***

*Name (last, first, middle name):_____ *Phone Number: _____
Street Address: _____ City:_____ State:_____ Zip: _____
*E-mail: _____

If you are a patient at an AveraChart facility and would also like access to your own record, please provide us with:
*Date of Birth:_____ *Gender:_____

Authority of Proxy

_____ Patient is a minor under 12 years old and I am the patient's parent. My rights to seek medical information on the minor patient have not been limited by court order.
_____ Patient is a minor under 12 years old and I am the patient's guardian. See the attached paperwork which is still in effect.
_____ Patient is an incapacitated person and I am the patient's guardian. See the attached paperwork which is still in effect.
_____ The patient, including patients at least 12 years old and older, has authorized my access to medical record information. See Patient section below.
_____ Other: _____
_____

Proxy access for minors is limited to parents and legal guardians.
If proxy access is not authorized, you may request copies of the medical record by contacting Health Information Management at the facility where care was provided.

AveraChart terms and agreement

- I understand that AveraChart is intended as a secure online source of confidential medical information. If I share my AveraChart ID and password with another person, that person may be able to view any health information to which I have access through AveraChart.
- I agree that it is my responsibility to select a confidential password, to maintain my password in a secure manner and to change my password if I believe it may have been compromised in any way.
- I understand that AveraChart contains selected, limited medical information from a patient's medical record and that AveraChart does not reflect the complete medical record.
- I understand that my activities within AveraChart may be tracked by computer audit and that entries I make may become part of the patient's medical record.
- I understand that access to AveraChart is provided as a convenience to its patients and that access to AveraChart may be deactivated at any time for any reason. I understand that use of AveraChart is voluntary and I am not required to use AveraChart or to authorize an AveraChart proxy.

Avera

PROX ACC

Apoderado :

Yo reconozco y estoy de acuerdo que:

- El paciente puede revocar el acceso del apoderado al AveraChart de él/ella en cualquier momento.
- Si el paciente es menor de 12 años de edad, el acceso del apoderado va a ser desactivado el día que el paciente cumple 12 años de edad.
- Si el paciente está en la edad de 12 – 17 años, el acceso del apoderado va a ser desactivado el día que el paciente cumple los 18 años.
- Yo voy a cumplir con las reglas y condiciones en la página del web de AveraChart y este documento.
- Cuando mi autoridad legal de actuar de parte del paciente haya sido inactivada, revocada, terminada o vencida, yo le debo notificar a AveraChart por escrito sobre la revocación, terminación o vencimiento o y enviarla por correo a: Health facility, Attn: Health Information Management.

► _____/_____/_____

Firma del Apoderado ***Relación al Paciente*** ***Fecha***

Paciente:
Yo reconozco y acuerdo que:

- Yo voy a cumplir con las reglas y condiciones en la página del web de AveraChart y este documento.
- Yo escojo designar a la persona nombrada arriba como un apoderado en mi AveraChart, de esta manera le permito a él/ella acceso a la Información médica protegida AveraChart, incluyendo pero no limitado a resultados de análisis del VIH/SIDA. Yo autorizo a mi apoderado designado el acceso libre de toda información médica contenida en mi expediente médico AveraChart poseída por las instalaciones de salud utilizando AveraChart (una lista de esos lugares se puede encontrar en www.averachart.org). Yo entiendo que mi información médica en AveraChart se obtiene de mi expediente médico electrónico y puede incluir información de todas las instalaciones enlistadas en El Aviso de Practicas de Privacidad de las instituciones de salud.
- Yo autorizo la divulgación de esta información solamente por medio de mi expediente AveraChart. Este documento no autoriza el divulgo de mi expediente médico a mi apoderado designado por otros métodos o en otros documentos.
- Yo entiendo que una vez que la información ha sido divulgada, esa información puede ser divulgada de nuevo por el apoderado y es posible que la información divulgada no esté cubierta por las protecciones de privacidad federales.
- La participación en AveraChart y la asignación de un apoderado para AveraChart es completamente voluntario. Yo entiendo que no estoy obligado a designar un apoderado para AveraChart y yo no estoy obligado a proporcionar esta autorización. Yo también entiendo que esta institución de salud no condiciona ninguno de mi tratamiento médico, pago u otros servicios en ya sea que yo proporcione esta autorización o no. Sin embargo, yo también entiendo que si yo no proporciono esta autorización, esta institución de salud no tiene permiso para proporcionar un acceso a un apoderado en mi AveraChart.
- Yo entiendo que si yo ya no quiero que el apoderado tenga acceso a mi AveraChart, yo puedo revocar el acceso de él/ella por escrito enviando una petición a mi: Institución de Salud, Attn: Health Information Management. Un documento para Una Revocación del Apoderado se puede encontrar en www.averachart.org.
- Yo entiendo que si yo revoco esta autorización, el acceso de mi apoderado designado a mi AveraChart va a terminar. Yo también entiendo que mi revocación no va a afectar cualquiera de las divulgaciones que fueron hechas antes de procesar la petición para la revocación.
- A menos que el acceso del apoderado sea desactivado o si no es revocado por el paciente, se le facilita acceso al apoderado hasta la terminación del acceso del AveraChart del paciente.

► _____/_____/_____

Firma del Paciente ***Relación al Apoderado*** ***Fecha***

► _____/_____/_____

Firma del Representante Legal ***Relación al Apoderado*** ***Fecha***

La firma del paciente no es exigida cuando el paciente es menor de doce (12)
O si el apoderado tiene autoridad legal. Por favor adjunte el documento(s) relevante.

Regrese los documentos a su:
Institución de Salud
Attn: Health Information Management

HIM use only *(staff initials)*
____Patient signature verified
____Approved by HIM
____Proxy access granted
____Form scanned into medical record

Avera

PROX ACC

Proxy:

I acknowledge and agree that:

- The patient can revoke the proxy access to his/her AveraChart at any time.
- If the patient is under age 12 years, proxy access will be deactivated on the patient's 12th birthday.
- If the patient is aged 12 – 17 years, proxy access will be deactivated on the patient's 18th birthday.
- I will comply with the terms and conditions on the AveraChart web page and this document.
- When my legal authority to act on behalf of the patient has been inactivated, revoked, terminated or expired, I must immediately notify AveraChart in writing of the revocation, termination or expiration and mail it to your: Health facility, Attn: Health Information Management.

► _____/_____/_____

Proxy Signature ***Relationship to Patient*** ***Date***

Patient:
I acknowledge and agree that:

- I will comply with the terms and conditions on the AveraChart web page and this document.
- I choose to designate the person named above as a proxy to my AveraChart, thereby allowing him/her access to AveraChart protected health information, including but not limited to HIV/AIDS test results. I authorize release of any information contained in my AveraChart medical record held by health facilities utilizing AveraChart (a list of facilities can be found at www.averachart.org) to my designated proxy. I understand that the medical information in AveraChart is obtained from my electronic medical record and may include information from all facilities listed in the health facilities' Notice of Privacy Practices.
- I authorize release of this information only through my AveraChart record. This form does not authorize release of my medical record to my designated proxy by other methods or in other forms.
- I understand that once information has been disclosed, it potentially may be re-disclosed by the proxy and the disclosed information may not be covered by federal privacy protections.
- Participation in AveraChart and designating an AveraChart proxy is completely voluntary. I understand that I am not required to designate an AveraChart proxy and I am not required to provide this authorization. I also understand that the healthcare facility does not condition any of my health care treatment, payment or other services on whether I provide this authorization. However, I also understand that if I do not provide authorization, the healthcare facility is not permitted to provide access to my AveraChart to a proxy.
- I understand that if I no longer want the proxy to have access to my AveraChart, I may revoke his/her access in writing by sending a request to your: Health Facility, Attn: Health Information Management. A Proxy Revocation form may also be found at www.averachart.org.
- I understand that if I revoke this authorization, my designated proxy's access to my AveraChart will be ended. I also understand my revocation will not affect any disclosures that were made prior to processing the revocation request.
- Unless proxy access is deactivated or otherwise revoked by patient, access shall be granted to proxy until termination of patient's AveraChart.

► _____/_____/_____

Patient Signature ***Relationship to Proxy*** ***Date***

► _____/_____/_____

Signature of Legal Representative ***Relationship to Proxy*** ***Date***

Patient signature not required when patient is under the age of twelve (12) or proxy has legal authority. Please attach relevant document(s).

Return forms to your:
Health facility
Attn: Health Information Management

HIM use only *(staff initials)*
____Patient signature verified
____Approved by HIM
____Proxy access granted
____Form scanned into medical record