



ETIQUETA

### Formulario de acceso para el apoderado

#### Acceso un registro AveraChart del paciente

Para tener acceso al registro AveraChart de un paciente cuya atención médica ayuda a gestionar el apoderado, complete este formulario. El hecho de completar este formulario establecerá un AveraChart para el apoderado y para el paciente. Tenga en cuenta que el apoderado tendrá acceso a los registros del paciente a través del acceso para apoderados. Se deberá completar un formulario separado para cada paciente y/o apoderado. Espere aproximadamente siete (7) días hábiles para que se establezca el acceso para el apoderado. Después de que se establezca el acceso para el apoderado se enviará un mensaje de correo electrónico a la dirección proporcionada. Haga clic en el enlace del correo electrónico para tener acceso a AveraChart. El enlace caducará a los 10 días.

#### Información sobre el paciente

Complete esta sección con información sobre el paciente a cuyo AveraChart el apoderado está solicitando acceder.

\* Campos obligatorios.

\*Nombre (apellido, nombre, segundo nombre): \_\_\_\_\_ \*Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ \*Sexo: M / F

Últimos 4 dígitos del núm. de seguridad social: \_\_\_\_\_ \*Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

#### Información del apoderado

Esta sección la debe completar la persona que solicita el acceso al AveraChart de un paciente.

\* Campos obligatorios.

\*Nombre (apellido, nombre, segundo nombre): \_\_\_\_\_ \*Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

\*Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Si es paciente de un centro AveraChart y quiere tener acceso a su propio registro, proporcione:

\*Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ \*Sexo: \_\_\_\_\_

#### Autoridad del apoderado

\_\_\_\_\_ El paciente es un menor de edad de menos de 12 años y soy el padre/la madre del paciente. No hay una orden judicial que limite mis derechos a obtener información médica sobre el paciente menor de edad.

\_\_\_\_\_ El paciente es un menor de edad de menos de 12 años y soy el tutor del paciente. Consulte la documentación adjunta que sigue en vigencia.

\_\_\_\_\_ El paciente es una persona incapacitada y soy el tutor del paciente. Consulte la documentación adjunta que sigue en vigencia.

\_\_\_\_\_ El paciente, incluidos los pacientes de 12 años o más, ha autorizado mi acceso a la información del registro médico. Consulte la Sección para el paciente a continuación.

\_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**El acceso para el apoderado en el caso de los menores de edad está limitado al padre, la madre y los tutores legales. Si no se ha autorizado el acceso como apoderado, puede solicitar copias del registro médico comunicándose con Health Information Management (Gestión de información médica) del centro en el que se proporcionó la atención.**

#### Términos y aceptación de AveraChart

- Entiendo que AveraChart tiene como objetivo ser una fuente de información médica confidencial segura en línea. Si comparto mi identificación y contraseña de AveraChart con otra persona, esa persona podrá ver cualquier información médica a la cual yo tenga acceso a través de AveraChart.
- Acepto que es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantener mi contraseña de forma segura y cambiar mi contraseña si creo que se ha visto comprometida de cualquier manera.
- Entiendo que AveraChart contiene información médica limitada, seleccionada del registro médico de un paciente y que AveraChart no constituye el registro médico completo.
- Entiendo que mis actividades dentro de AveraChart pueden controlarse a través de una auditoría por computadora y que las entradas que realice pueden formar parte del registro médico del paciente.
- Entiendo que el acceso a AveraChart se proporciona para comodidad de los pacientes y que el acceso a AveraChart se puede desactivar en cualquier momento por cualquier motivo. Entiendo que el uso de AveraChart es voluntario y no estoy obligado a usar AveraChart o a autorizar a un apoderado para AveraChart.



LABEL

REFERENCE

### Proxy Access Form

#### 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.



PROXACC

ETIQUETA

### Formulario de acceso para el apoderado

#### Apoderado

Reconozco y acepto que:

- El paciente puede revocar el acceso del apoderado a su AveraChart en cualquier momento.
- Si el paciente tiene menos de 12 años, el acceso del apoderado se desactivará cuando el paciente cumpla 12 años.
- Si el paciente tiene entre 12 y 17 años, el acceso del apoderado se desactivará cuando el paciente cumpla 18 años.
- Cumpliré los términos y condiciones que figuran en la página web de AveraChart y en este documento.
- Cuando mi autoridad legal para actuar en nombre del paciente se haya desactivado, revocado, finalizado o caducado, debo informar de inmediato a AveraChart por escrito de la revocación, finalización o caducidad y enviar la notificación por correo a su: Centro de salud, Attn: Health Information Management.

► \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*Firma del apoderado*                                  *Relación con el paciente*                                  *Fecha*

#### Paciente:

Reconozco y acepto que:

- Cumpliré los términos y condiciones que figuran en la página web de AveraChart y en este documento.
- Elijo designar a la persona antes mencionada como mi apoderado de AveraChart, por lo tanto, lo autorizo a tener acceso a la información de salud protegida de AveraChart, incluida, entre otra, los registros de salud conductual y los resultados de las pruebas de VIH/SIDA. Autorizo que los centros que utilicen AveraChart (se puede encontrar una lista de los centros en [www.averachart.org](http://www.averachart.org)) divulguen toda la información incluida en mi registro médico de AveraChart a mi apoderado designado. Entiendo que la información médica de AveraChart se obtiene de mi registro médico electrónico y puede incluir información de todos los centros que figuran en el Aviso de prácticas de privacidad de los centros médicos.
- Autorizo la divulgación de esta información solo a través de mi registro de AveraChart. Este formulario no autoriza la divulgación de mi registro médico a mi apoderado designado por cualquier otro método o en otras formas.
- Entiendo que una vez que se haya divulgado la información, el apoderado potencialmente podrá redivulgarla y la información divulgada tal vez ya no cuente con las protecciones de privacidad federales.
- La participación en AveraChart y la designación de un apoderado para AveraChart es enteramente voluntaria. Entiendo que no tengo obligación de designar un apoderado de AveraChart y no estoy obligado a otorgar esta autorización. También entiendo que el centro de atención médica no condiciona mi tratamiento de atención médica, el pago ni ningún otro servicio al hecho de que proporcione o no esta autorización.
- Entiendo que, si ya no deseo que el apoderado tenga acceso a AveraChart, puedo revocar su acceso por escrito enviando una solicitud a mi centro Avera dirigida a Health Information Management (Gestión de información médica). También se puede encontrar un formulario de Revocación de apoderado en [www.averachart.org](http://www.averachart.org).
- Entiendo que, si revoco esta autorización, cesará el acceso de mi apoderado designado a mi AveraChart. También entiendo que mi revocación no afectará las divulgaciones realizadas antes del procesamiento de la solicitud de revocación.
- A menos que el paciente o el representante legal del paciente desactive o de otra forma revoque el acceso del apoderado, el acceso se otorgará al apoderado hasta el cese del AveraChart del paciente.

► \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*Firma del paciente*                                  *Relación con el apoderado*                                  *Fecha*

► \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*Firma del Representante legal*                                  *Relación con el apoderado*                                  *Fecha*

*No se requiere la firma del paciente si tiene menos de doce (12) años o el apoderado tiene autoridad legal. Adjunte los documentos relevantes.*

Devuelva los formularios a su:

Centro de salud

Attn: Health Information Management

#### Uso exclusivo de HIM

*(iniciales del miembro del personal)*

\_\_\_\_ Se verificó la firma del paciente

\_\_\_\_ Aprobada por HIM

\_\_\_\_ Se otorgó acceso al apoderado

\_\_\_\_ Se escaneó el formulario en el registro médico.



LABEL

FOR REFERENCE

### Proxy Access Form

**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, behavioral health records, and 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](http://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.
- 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 my Avera facility to the attention of Health Information Management. A Proxy Revocation form may also be found at [www.averachart.org](http://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 or patient's legally authorized representative, 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

<b>HIM use only (staff initials)</b>	
_____	Patient signature verified
_____	Approved by HIM
_____	Proxy access granted
_____	Form scanned into medical record