

**FORMULARIO DE SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PODER
DE NORTHWELL HEALTH PARA EL PORTAL DEL PACIENTE
FOLLOWMYHEALTH PARA PACIENTE ADULTO**

Apoderado del portal:

Un apoderado del portal para un paciente adulto en el Portal del paciente FollowMyHealth, permite al paciente designar el acceso a su información médica a otra persona. El acceso para esa persona se puede designar como acceso parcial o total. El acceso parcial permite a la persona designada ver la información del paciente mientras que el acceso completo incluye la capacidad de comunicarse en nombre del paciente con su equipo de atención médica de Northwell Health. El paciente debe completar este formulario de solicitud para otorgar los derechos de apoderado a la persona designada.

Sección I. Información del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL SEGUNDO NOMBRE DD MM AAAA

EDAD: _____ Sexo: M F N.º de teléfono _____ Celular Casa Trabajo

Dirección de la casa: _____
Dirección Ciudad Estado Código postal

Sección II. Información sobre el apoderado para el paciente con capacidades de adulto

Nombre de la persona a quien se le otorga el poder _____ Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL SEGUNDO NOMBRE DD MM AAAA

Dirección de la casa: _____
Dirección Ciudad Estado Código postal

N.º de teléfono: _____ Casa Celular Trabajo

Dirección de correo electrónico: _____ Relación con el paciente: _____

Nivel de acceso: Acceso solo para ver Acceso total

Autorización del paciente:

- Autorizo a Northwell Health para que divulgue mi información médica protegida (protected health information, PHI) al Portal del paciente FollowMyHealth™. Esta información incluye, pero no se limita a: resumen de la información, lista actual de problemas, medicamentos actuales, resultados de laboratorio, información de la cita.
- La información puede incluir, y específicamente autorizo a divulgar, la información que se relaciona con 1) el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), 2) tratamiento para el abuso de drogas o alcohol, 3) enfermedades de transmisión sexual o 4) atención de salud mental o conductual o psiquiátrica.
- Entiendo que esta autorización estará vigente hasta el momento en que sea revocada.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento llamando a la línea de Apoyo de FMH al 844-364-8108 o por medio de una carta al proveedor a la dirección que se encuentra a continuación. Dicha revocación surtirá efecto salvo en la medida en que ya se haya actuado sobre esta autorización.
- Entiendo que firmar esta autorización se hace de manera voluntaria. Mi tratamiento no se verá condicionado a mi autorización de esta divulgación.
- La información divulgada en virtud de esta autorización podría volver a ser divulgada por el receptor y es posible que esta nueva divulgación ya no esté protegida por la ley federal o estatal.

Designación del apoderado:

- Solicito que FollowMyHealth™ envíe un mensaje electrónico (correo electrónico) y enlace a la persona que he indicado en el presente como mi apoderado, invitándolo a establecer una cuenta enlazada en el Portal del paciente FollowMyHealth™ de acuerdo con sus políticas y Acuerdo del usuario. Una vez establecida la cuenta, podrá revisar y acceder a mi información médica y, si arriba indiqué "Acceso total", podrá obtener información en relación a mi atención.
- Entiendo que puedo cancelar esta designación en cualquier momento llamando a la línea de Apoyo de FMH al 844-364-8108 o por medio de una carta al proveedor a la dirección que se encuentra a continuación.

Firma del paciente

Fecha

Reconocimiento del apoderado Reconozco y acepto que:

- Estableceré mi propia cuenta FollowMyHealth para acceder a la cuenta de expediente médico personal (Personal Health Record, PHR) FollowMyHealth del paciente.
- Cumpliré con los términos y condiciones presentados por FollowMyHealth después de establecer mi cuenta.
- Entiendo que se me otorgará el acceso indicado anteriormente y que este acceso lo puede cancelar o modificar el paciente en cualquier momento.

Firma del apoderado del portal

Relación con el paciente

Fecha

Cuando lo complete envíelo por correo o fax a:

*Northwell Health
EMPI Department
1983 Marcus Avenue First Floor, Suite 118
Lake Success, NY 11042*

Fax: (516) 495-5993

OFFICE USE ONLY

Patient's Name: _____ DOB _____ EPI/MRN # _____

APPROVED: _____ MANUAL INVITE SENT ON: _____ PROXY ACCOUNT CREATED ON: _____

REJECTED _____ REASON FOR REJECTION: _____

FollowMyHealth™

Información del apoderado del portal

Como un Apoderado del portal FollowMyHealth™ usted tiene la capacidad de ver y administrar la información médica individual del paciente. A continuación se encuentran asuntos que debe tener presentes cuando use el portal:

- Usted creará su propia cuenta FollowMyHealth que estará enlazada a la información del paciente.
- Si ya tiene una cuenta FollowMyHealth y está conectada a su propio médico, puede asociar la información médica del paciente con esta cuenta existente.
- Cuando inicie sesión, la información que vea será la suya.

Northwell Health

Inicio Mensajes (1) Mi salud Mi información

Hola Bob Mi cuenta Español

FHIPFIVE FEMALE EMERGENCY PLEASE CALL 911!

Resumen de salud

Edad 69
Sexo No especificado

Para ver la información médica del paciente, haga clic en su nombre en la barra de herramientas en la parte superior de su pantalla y seleccione a la persona correcta de la lista.

Citas

Buscar: Solicitar Exportar

Próximas Anteriores

Otros

No tiene próximas citas.

- Ahora verá la información del paciente y tendrá acceso para actuar en su nombre (por ejemplo, Enviar solicitudes de renovación de medicamentos, enviar un mensaje seguro a un médico, solicitar una cita, etc.)

Northwell Health

Inicio Mensajes (0) Mi salud Mi información

Hola FHIPFIVE Mi cuenta Español

IF THIS IS AN EMERGENCY PLEASE CALL 911!

Resumen de salud

Edad 26
Sexo Masculino
Seguro primario SELF PAY UNINSURED

Citas

Buscar: Solicitar Exportar

Próximas Anteriores

Otros

No tiene próximas citas.

Si necesita ayuda, llame sin costo a la Línea de apoyo para el paciente de FollowMyHealth: (844) FMH-8108