



**AUTORIZACIÓN DEL APODERADO MÉDICO DE MY PSH**

**Información del paciente:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Número de expediente médico de PSHMC: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**Información sobre padre/madre/tutor/cuidador domiciliario**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente: Padre/madre biológico(a) Padre/madre adoptivo(a) Tutor legal Otro:

(Verificar en el expediente médico la documentación del representante designado. Si no lo hay, siga la priorización definida en L07 HAM, "AUTORIZACIÓN INFORMADA" ([http://inonet.hmc.psu.edu/policy/HospitalAdmin/L-07-12\\_Informed\\_Consent.docx](http://inonet.hmc.psu.edu/policy/HospitalAdmin/L-07-12_Informed_Consent.docx))). Se puede solicitar documentación en la que se establezca el parentesco.

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**Proporcionar una dirección de correo electrónico** para que My Penn State Hershey Health notifique al apoderado mencionado arriba la activación y el manejo de la cuenta: \_\_\_\_\_

**Al firmar a continuación, el apoderado acepta estos términos:**

- Utilizaré mi propia identificación de usuario y contraseña para acceder a My Penn State Hershey Health.
- No compartiré mi identificación de usuario ni mi contraseña con nadie.
- Cumpliré con los términos y las condiciones del sitio de My Penn State Hershey Health.
- El acceso al expediente médico en línea de un paciente entre 14 y 17 años quedará cancelado para el paciente, su padre/madre y tutores el día que el paciente cumpla 18 años. Se debe solicitar acceso posterior a la clínica de The Milton S. Hershey Medical Center (PSHMC) o al centro de atención comunitaria.

**Autorización del apoderado:** certifico que tengo el parentesco que se indica arriba con el paciente cuyo nombre aparece arriba. Comprendo que este paciente me ha otorgado acceso continuo como apoderado a su información médica personal a través de My Penn State Hershey Health. Asimismo, comprendo que el paciente puede revocar este acceso de acuerdo con su propio juicio al notificar a mi clínica o centro de atención comunitaria en persona o por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_  
Fecha

**Si el paciente carece de capacidad legal para tomar decisiones (Decision Making Capacity, DMC) según se define en L-15 HAM, "PROCEDIMIENTO PARA OBTENER ORDEN JUDICIAL PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR O DE UN ADULTO INCOMPETENTE" ([http://inonet.hmc.psu.edu/policy/HospitalAdmin/L-15-11\\_Procedure\\_for\\_Obtaining\\_a\\_Court\\_Order.docx](http://inonet.hmc.psu.edu/policy/HospitalAdmin/L-15-11_Procedure_for_Obtaining_a_Court_Order.docx)), el proveedor debe documentar el impedimento en el expediente médico y firmar aquí:**

\_\_\_\_\_  
Nombre del proveedor (en letra de molde) \_\_\_\_\_  
Firma del proveedor \_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo (en letra de molde) \_\_\_\_\_  
Firma del testigo \_\_\_\_\_  
Fecha

**Autorización del paciente:** acepto autorizar al "padre/madre/tutor/adulto apoderado" mencionado arriba el acceso a la información de mi expediente médico en línea, incluida la información que pueda estar disponible como resultado de atención médica futura. Comprendo que puedo revocar este acceso en cualquier momento al notificar a mi clínica o al centro de atención comunitaria en persona o por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente \_\_\_\_\_  
Fecha

