Avera

PROXACC

ETIQUETA

Formulario de acceso para el apoderado - Solo para registros sobre adicciones

Acceso a 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 establece un expediente AveraChart para el apoderado y para el paciente. Tenga en cuenta que el apoderado tiene acceso a los registros del paciente a través del acceso para apoderados. Cada paciente y/o apoderado debe completar un formulario por separado. Espere aproximadamente siete (7) días hábiles para establecer el acceso para el apoderado. Después de que se establezca el acceso para el apoderado, recibirá un correo electrónico a la dirección proporcionada. Haga clic en el enlace del correo electrónico para tener acceso a AveraChart. Ese enlace caduca en 10 días.

Información sobre el paciente

Completada por el paciente que otorga acceso como apoderado a AveraChart.
**** Campos obligatorios.***

*Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre):_____

*Fecha de nacimiento: _____ *Género: M/F

Últimos 4 dígitos del núm. del Seguro Social: _____ *Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad:_____ Estado:_____ Código postal:_____

Información del apoderado

Completada por la persona que solicita el acceso al AveraChart de un paciente.
**** Campos obligatorios.***

*Nombre (apellido, primer 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, complete la siguiente información:

*Fecha de nacimiento: _____ *Género:_____

Autoridad del apoderado

_____ El paciente es una persona incapacitada y yo soy su tutor. Consulte la documentación adjunta que sigue en vigencia.

_____ El paciente me autorizó a acceder a la información del registro médico. Consulte la Sección para el paciente a continuación.

_____ Otra: _____

_____

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 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.

Avera

PROXACC

LABEL

FOR REFERENCE

Proxy Access Form - Addiction Records Only

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 establishes an AveraChart for the proxy and for the patient. Please note, the proxy accesses the patient's records through the proxy's access. Each patient and/or proxy must complete a separate form. Please allow approximately seven (7) business days to establish proxy access. After proxy access is established, you get an email to the address provided. Click on the link in the email to gain access to AveraChart. That link expires in 10 days.

Patient Information

Completed by the patient granting AveraChart proxy 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

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 your:
*Date of Birth:_____ *Gender:_____

Authority of Proxy

_____ Patient is an incapacitated person and I am the patient's guardian. See the attached paperwork which is still in effect.

_____ The patient, 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 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

PROXACC

ETIQUETA

Formulario de acceso para el apoderado - Solo para registros sobre adicciones

Apoderado:

Reconozco y acepto que:

- El paciente puede revocar el acceso del apoderado a su AveraChart en cualquier momento.
- 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 vencido, debo informar de inmediato a AveraChart por escrito de la revocación, finalización o vigencia 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) 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 otro medio que no sea AveraChart.
- 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 mi expediente de 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.
- 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.
- **Marque solo una casilla a continuación.** Si no marca ninguna, el apoderado no tendrá autorización para descargar el registro médico completo.

  ☐ Autorizo a mi apoderado a descargar mi registro médico completo.

  ☐ No autorizo a mi apoderado a descargar mi registro médico completo.

▶ _____/_____/ _____

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 este o el apoderado tienen autoridad legal. Adjunte los documentos relevantes.

Devuelva los formularios a la siguiente dirección:
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

Avera

PROXACC

LABEL

FOR REFERENCE

Proxy Access Form - Addiction Records Only

Proxy:

I acknowledge and agree that:

- The patient can revoke the proxy access to his/her AveraChart at any time.
- 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) 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 other than through the AveraChart.
- 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.
- 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.
- **Please check only one box below.** If not answered, the proxy will not have authorization to download my entire medical record.

  ❑ I authorize my proxy to download my entire medical record.

  ❑ I do not authorize my proxy to download my entire medical record.

▶ _____/_____/ _____

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

▶ _____/_____/ _____

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

Patient signature not required when patient 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