

Medical Record Number

Patient Name



**ADULT PROXY SHARE ACCESS REQUEST FORM**

Addressograph or Label - Patient Name, Medical Record Number

**Debe entregar este formulario personalmente en una clínica en Stanford Health Care, University Healthcare Alliance o Stanford Health Care – ValleyCare. En el momento de la entrega, se verificará una identificación con foto.**

**Autorización para usar o divulgar información médica**

La información de los pacientes es confidencial y está protegida por ley. Usted tiene acceso a su propia información médica en MyHealth (el portal para pacientes de Stanford Health Care que permite el acceso seguro a la información médica) y en Bedside (el portal para pacientes de Stanford Health Care que permite el acceso seguro a la información médica durante la atención hospitalaria) y, si usted lo decide, puede autorizar que se “comparta el acceso” con un representante, como un miembro de la familia o un amigo. Si usted autoriza que se comparta el acceso con un representante, este verá toda su información médica disponible en MyHealth y Bedside, incluidos los detalles de su atención, diagnósticos, medicamentos, resultados de laboratorio, notas y observaciones de cuidadores, sus correos electrónicos con sus cuidadores y otra información personal sobre usted y su atención disponible en MyHealth y Bedside.

Escriba con letra clara y complete todos los espacios en blanco para garantizar que el procesamiento se realice oportunamente.

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

**Nombre del paciente (mayor de 18 años) (escriba con letra clara)**

Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial del 2.º nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

MM/DD/AAAA

Número de historia clínica: \_\_\_\_\_

**SHC STAFF USE ONLY**

Date Request Received: \_\_\_\_\_ Patient ID Verified:  Yes  No Proxy ID Verified:  Yes  No

**SHC** DL-HIMS Proxy Requests  
Fax: (650) 498-5120  
Interoffice: MPI Department (MC 5200)  
15-2991S (02/18)

**UHA**  
Interoffice: Designated HIMS site

**SHC - ValleyCare**  
Interoffice: Designated HIMS site

Medical Record Number

Patient Name

**ADULT PROXY SHARE ACCESS REQUEST FORM**

Addressograph or Label - Patient Name, Medical Record Number

Page 2 of 3

**Solicitud de acceso en línea a la información médica de un paciente adulto (mayor de 18 años)**

AL COMPLETAR Y FIRMAR ESTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN, USTED AUTORIZA A STANFORD HEALTH CARE (SHC), UHA O STANFORD HEALTH CARE-VALLEYCARE A OTORGAR ACCESO A TODA SU INFORMACIÓN MÉDICA DISPONIBLE EN MYHEALTH Y/O BEDSIDE, **INCLUIDA INFORMACIÓN SOBRE VIH, CONSUMO DE DROGAS/ALCOHOL, PLANIFICACIÓN FAMILIAR/GENÉTICA Y SALUD MENTAL, SI LA HUBIERA**, A LA SIGUIENTE PERSONA (SU REPRESENTANTE DE MYHEALTH Y/O BEDSIDE):

**INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE:**

**Compartir acceso con:**

**Nombre del representante (escriba con letra clara)**

Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial del 2.º nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo  Masculino  Femenino  
MM/DD/YYYY

**Relación del representante con SHC:**

Soy un paciente registrado en MyHealth  Soy un paciente no registrado en MyHealth  No soy un paciente

**Si es paciente, número de historia clínica del representante** \_\_\_\_\_

Esta autorización dejará de tener validez 50 años después de la fecha de su firma a continuación. Si desea otra fecha de vencimiento, indíquela aquí (opcional): \_\_\_\_\_  
(MM/DD/AAAA)

Puede revocar esta autorización en cualquier momento de manera electrónica en su expediente de MyHealth, o puede presentar una revocación por escrito. Si la presenta por escrito, la revocación deberá estar firmada por usted y debe enviarla al Departamento HIMS de SHC. La revocación entrará en vigencia luego del procesamiento, pero no afectará el uso o la divulgación realizados mientras la autorización era válida.

**HIMS USE ONLY**

Date Request Received: \_\_\_\_\_ Request Verified By \_\_\_\_\_  SHC  UHA  SHC-VC

Legal Documents Received

Proxy MRN: \_\_\_\_\_ Proxy Access Approved:  Yes  No Letter Sent:  Yes  No

Date Sent: \_\_\_\_\_

Medical Record Number

Patient Name

**ADULT PROXY SHARE ACCESS REQUEST FORM**

Addressograph or Label - Patient Name, Medical Record Number

Page 3 of 3

**Solicitud de acceso en línea a la información médica de un paciente adulto (mayor de 18 años)**

Esta autorización permitirá que se comparta el acceso a su historia clínica de MyHealth y/o Bedside. No le permite a su representante (1) tomar decisiones de atención médica en su nombre, ni (2) acceder a su información médica por otro medio que no sean MyHealth y Bedside. Si desea permitir otro tipo de acceso o autorización para tomar decisiones, comuníquese con el departamento de Servicios de Gestión de Información de la Salud (*Health Information Management Services, HIMS*) de SHC llamando al (650) 498-6200.

Compartir el acceso a su información en MyHealth y/o Bedside con un representante depende de usted. Si decide no compartir el acceso con un representante, esto no afectará su capacidad para recibir tratamiento, realizar pagos o reunir los requisitos para obtener beneficios. Si prefiere proporcionar solo determinada información médica sobre usted a una persona en lugar de toda la información médica disponible en MyHealth o Bedside, comuníquese con el departamento HIMS para obtener ayuda llamando al (650) 498-6200.

Firma del paciente o del representante personal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

*Patient or Personal Representative Signature:* \_\_\_\_\_

*Date:* \_\_\_\_\_

**SI EL REPRESENTANTE PERSONAL FIRMA ESTE FORMULARIO:**

**Nombre del representante personal (escriba con letra clara):**

Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial del 2.º nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo  Masculino  Femenino  
MM/DD/AAAA

**Autorización del representante personal para firmar por el paciente:**

Si usted no es el paciente y está firmando este formulario de autorización, describa qué autoridad tiene para firmar en nombre del paciente y presente la documentación legal probatoria que corresponda:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_