VALLEY HEALTH **PARTNERS**

ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Formulario de acceso a terceros para adultos

- **Comprendo que MyVHP no debe usarse para emergencias médicas ni situaciones de urgencia.**
- Comprendo que el Acceso a terceros de MyVHP brinda acceso a información médica personal del adulto que da su consentimiento en este formulario.
- La información que se divulgue en MyVHP me permitirá tener una participación más activa en la atención médica del paciente mencionado en el “Formulario de acceso a terceros para adultos”. Comprendo que se puede facilitar información adicional a medida que MyVHP continúe evolucionando, y que he aceptado los términos y condiciones estipulados al activarse mi cuenta de MyVHP.
- Comprendo que mis actividades dentro de MyVHP son controladas por auditorías informáticas y que las anotaciones que haga pueden formar parte de la historia clínica de la persona mencionada en el “Formulario de acceso a terceros para adultos”. Esto excluye las notas ingresadas por el paciente o el tercero autorizado que solo sean visibles para el paciente o el tercero autorizado.
- Comprendo que para cancelar o revocar esta autorización debe interponerse una solicitud por escrito y que todas las acciones o accesos previos a la cancelación estaban autorizados por mi firma y fecha en el “Formulario de acceso a terceros para adultos (de adulto a adulto)". También puedo revocar este acceso a terceros cuando lo desee mediante la configuración *My Family's Records - Family Access* (Registros de mi familia – Acceso de mi familia) de mi cuenta de MyVHP.
- Comprendo que Valley Partners Community Health Center tiene el derecho de revocar el acceso de MyVHP en cualquier momento por uso impropio del sistema.
- Comprendo que el acceso a terceros se otorga como una forma de participar en la atención médica del paciente adulto mencionado en el “Formulario de acceso a terceros para adultos” y que no se permite el acceso directo a su cuenta. También acepto que si el paciente adulto tiene dificultades para ingresar a su propia cuenta de MyVHP, debe ponerse en contacto con el soporte técnico para obtener acceso y que el soporte de Valley Health Partners Community Health Center para MyLVHN solo puede responder las consultas sobre la cuenta al titular de dicha cuenta.

(Este formulario debe llenarse en presencia de un miembro del personal de Valley Health Partners)

Por medio del presente autorizo a (nombre completo del tercero autorizado) _____ a acceder a mi información médica protegida a través de MyVHP, y a actuar en mi nombre mediante MyVHP, como se indica en el “Formulario de acceso a terceros para adultos (de adulto a adulto)". Puedo revocar este acceso a terceros cuando lo desee, mediante mi cuenta personal de MyVHP.

X _____ _____

Firma del paciente (el paciente que brinda acceso) **Fecha**

He leído y comprendo los requisitos y procedimientos para acceder a la información de la historia clínica del paciente a través de Internet como se establece más arriba y acepto actuar como tercero con acceso autorizado por el paciente antes mencionado.

X _____ _____

Firma del tercero con acceso autorizado (la persona que solicita acceso) **Fecha**

X _____ _____

Firma del testigo **Fecha**

VALLEY HEALTH **PARTNERS**

ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Formulario de acceso a terceros para adultos

Proporcione toda la información solicitada abajo para que se cree el acceso a terceros.

Información del tercero con acceso autorizado – Persona que solicita acceso a otra cuenta de MyVHP

Nombre completo: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado**: _____ **Código postal:** _____

Número de teléfono: (_____) _____

Número de seguro social: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Correo electrónico: _____

Relación con el paciente: ☐ **Hijo** ☐ **Hija** ☐ **Cónyuge** ☐ **Apoderado** ☐ **Otro**

Si es "Otro", especifique: _____

Información del paciente – Persona que brinda acceso a su cuenta de MyVHP

Nombre completo: ----------

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado**: _____ **Código postal:** _____

Número de teléfono: (_____) _____

Número de seguro social: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Exclusivo para uso interno

No. de historia clínica del paciente:_____

☐ Cuentas con acceso de terceros vinculadas
☐ Formulario escaneado