



Formulario de autorización al apoderado para usar el portal del paciente myBaystateHealth

Baystate Health hace que les sea más fácil a usted o a su apoderado para la atención médica comunicarse con los profesionales de salud, revisar los resultados de las pruebas y llevar los registros de salud personales a través del portal electrónico para los pacientes llamado myBaystateHealth. Esta **Autorización al apoderado para usar el portal del paciente** es para:

- **Un paciente** que desee permitir que otra persona, tal como su cónyuge o hijo adulto, acceda a la cuenta del portal del paciente myBaystateHealth.
- **Que un padre o un tutor de un niño menor** pueda acceder a la cuenta del portal del paciente myBaystateHealth de su hijo menor de edad. El padre o tutor del niño menor de edad no tiene que ser un paciente de Baystate para solicitar el acceso al portal del paciente myBaystateHealth del niño. ***Los niños de 12 a 17 años de edad tienen disponible un acceso limitado al portal.***
- **Que un representante autorizado de un paciente adulto**, tal como un tutor legal u otro representante legalmente autorizado que tome las decisiones de atención médica en nombre del paciente, solicite el acceso al portal de un paciente en myBaystateHealth.

Para solicitar el acceso del apoderado al portal del paciente, **presente el formulario de autorización completado** (y los documentos probatorios) al Departamento de Administración de Datos Médicos (HIM, por su sigla en inglés) de una de las siguientes maneras:

1. Envíe los documentos por fax al 413-222-4346.
2. Envíe los documentos por correo electrónico al departamento de HIM a:
HIMpatientportal@baystatehealth.org
3. Envíe los documentos por correo al departamento de HIM a: 361 Whitney Ave, Holyoke MA 01040
4. Entregue los documentos en el departamento de HIM: 759 Chestnut Street, Springfield MA 01199 (abierto de 9 a 5 de lunes a viernes) o 361 Whitney Ave, Holyoke MA 01040 (abierto las 24 horas del día, todos los días).

Tenga en cuenta: El departamento de HIM le notificará por correo electrónico cuando apruebe su solicitud para que el apoderado acceda al Portal del paciente myBaystateHealth.

Formulario de autorización al apoderado para usar el portal del paciente myBaystateHealth

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ Género: _____
 Ciudad, estado, código postal: _____ Número de teléfono: _____

Autorizo a Baystate Health a divulgar toda mi información en el portal del paciente MyBaystateHealth al apoderado nombrado a continuación. Firmo esta autorización voluntariamente y estos registros se divulgan a mi solicitud. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización comunicándome con el departamento de HIM. Entiendo que una vez que la información de mi portal se haya divulgado, mi apoderado podría divulgarla nuevamente y ya no estará protegida por las leyes de privacidad estatales o federales.

Firma del paciente o representante autorizado (*Signature of Participant or Authorized Representative*): _____ Fecha (*Date*): ___/___/___

Si firma como un representante autorizado del paciente, certifica que usted es (seleccione una opción):

- Padre/madre Tutor legal* Representante de atención médica (para un paciente que se determinó que está incapacitado)* Poder de abogado (para asuntos de atención a la salud)*
 Albacea de los bienes del paciente fallecido*

****Se podría exigir comprobante de parentesco o relación.***

INFORMACIÓN ACERCA DEL APODERADO (PERSONA, QUE NO SEA EL PACIENTE, QUE SOLICITA EL ACCESO AL PORTAL)

Nombre del apoderado: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ Número de teléfono: _____
 Ciudad, estado, código postal: _____
 Apellido de soltera de la madre: _____
 Dirección de correo electrónico del apoderado (obligatoria, escríbala claramente):
 _____@_____

For HIM Office Use Only - Please Do Not Write Below This Line

HIM Staff: _____

Type of Proxy (check one):

- Parent Legal Guardian Healthcare Proxy (for a patient determined to be incapacitated)
 Power of Attorney (for health care matters) Executor of Estate of Deceased Patient Patient Request

Proxy Relationship Verified: Yes _____ No _____ Initials: _____

Record Reviewed: Yes _____ No _____ Initials: _____

Patient Portal Access completed: Yes _____ No _____ Initials: _____