

Solicitud de Autorización de Poder para Adolescentes de 13 a 17 años

Propósito: Completar éste formulario permite que otra persona además del cliente (un "representante-apoderado") acceda a la información de salud compartida a través de Child and Family Agency of Southeastern, CT Inc. (CFA). Este formulario de solicitud se puede utilizar para solicitar acceso de apoderado al expediente de otra persona. Al completar éste formulario, usted otorga acceso de apoderado al registro médico. Las personas que reciben acceso a través de un poder pueden incluir un padre, un padre no custodio, un manejador de caso, un cuidador o un padre de crianza.

Después de que un cliente cumple 13 años, el acceso al Portal del Paciente se limitará a información restringida o información demográfica. Una vez que se haya otorgado el acceso a través del poder-representación, se otorgará acceso completo del expediente del cliente al apoderado-representante indicado. La caducidad del acceso a través del poder ocurre automáticamente cuando el cliente cumple 18 años. En circunstancias especiales podrá concederse una prórroga; Consulte al personal de CFA si se necesita una extensión.

Historial: A partir del 5 de abril de 2021, entró en vigor la Regla Federal sobre Interoperabilidad, Bloqueo de información y Certificación de TI de ONC Health, que implementó la Ley Cures del Siglo XXI. Conocida como la Regla Cures, ésta política federal brinda a los clientes mayores de 13 años el derecho a acceder a toda la información de salud contenida en sus registros médicos electrónicos. El acceso a través de éste poder garantiza que los clientes y cuidadores puedan acceder a la información de salud, garantizando el cumplimiento de la Ley Cures del Siglo XXI.

Sus Derechos: Al firmar a continuación, usted le otorga a un apoderado acceso a toda la información médica protegida (PHI) electrónica. Esta Autorización para divulgar información de salud es voluntaria. Usted puede revocar el acceso en cualquier momento comunicándose con el personal de CFA de forma oral o escrita. La revocación del acceso podrá tener efecto dentro de los 3 días hábiles siguientes a la notificación de la solicitud.

¿La persona que recibe servicios tiene 13 años o más? *En caso afirmativo, complete la información a continuación.*

- Sí
- No

¿Usted (el cliente de 13 años o más) le da permiso a alguien que no sea usted para acceder a su información de salud electrónica protegida? *En caso afirmativo, complete la información a continuación.*

- Sí
- No

Información de la Persona que recibe los Servicios

Nombre Legal*: _____

Fecha de Nacimiento*: ____/____/____ (MM/DD/AAAA)

Firma*: _____

Información del Apoderado-Representante

Nombre Legal*: _____

Relación a la persona que recibe los servicios. *:

- Padre
- Tutor Legal
 - Defina: _____
- Otro
 - Defina: _____

Dirección Línea 1: _____

Dirección Línea 2 (PO Box, Apartamento #, etc): _____

Ciudad*: _____ Estado*: _____ Código Postal: _____

Dirección de Correo Electrónico*: _____

Al firmar con mi nombre, doy fe de que soy el padre o tutor legal del niño con derecho a acceder a su información de salud protegida. Si ya no soy el padre o tutor con autoridad legal, acepto notificar inmediatamente al personal de CFA para revocar mi acceso a la información de salud protegida.

Firma del Apoderado-Representante *: _____

Es necesario completar toda la información de esta página. No enviar el resultado completo del formulario puede provocar un retraso en el acceso.