

## Saint Luke's Health System

### Acceso por apoderado (*proxy*) a la historia clínica a través del portal en línea *mySaintLuke's* Requisitos y procedimientos

Los pacientes adultos pueden autorizar a otra persona a que tenga acceso a la historia clínica a través del portal *mySaint Luke's* completando el formulario Autorización por apoderado del paciente (*Patient Proxy*) que está al dorso de esta página después de leer la información siguiente:

Requisitos para obtener acceso en línea a la historia clínica del paciente:

- La persona que solicite el acceso debe completar y firmar el formulario Autorización por apoderado del paciente (*Patient Proxy Authorization Form*).
- **A los pacientes que padecen de discapacidad intelectual no se les permite firmar el formulario Autorización por apoderado del paciente (*Patient Proxy Authorization Form*)**. El tutor del paciente declarado con incapacidad mental por un tribunal puede completar el formulario Autorización por apoderado del paciente (*Patient Proxy Authorization Form*), sin que lo tenga que firmar el paciente, siempre y cuando haya presentado constancia de la tutoría legal y que la adjunte a este formulario de autorización.
- La cuenta del portal por apoderado del paciente debe ser renovada cada 3 años.
- La cuenta del portal se desactivará si el paciente o el representante no la usa durante 3 años.
- **No se debe usar el portal de *mySaint Luke's* para emergencias.**

Pasos que debe seguir el representante del paciente para obtener acceso al portal como apoderado:

- El complejo hospitalario *Saint Luke's Health System (SLHS)* proporcionará al representante del paciente un código de activación para crear una cuenta de *mySaint Luke's (MSL)* para tener acceso a la historia clínica del paciente a través del portal.
- Le enviaremos una carta con las instrucciones necesarias para crear una cuenta de *MSL (mySaint Luke's)* a la dirección que usted nos proporcionó, dentro de los primeros 5 días laborables, a partir de la fecha en que hayamos recibido el formulario de autorización válido completado. Si no recibe la carta para la activación de la cuenta de *MSL* durante este plazo de tiempo, por favor, llame al consultorio de su médico o a *mySaint Luke's Customer Service* marcando el número de teléfono 844-446-5479; estamos a su disposición 24 horas al día, todos los días de la semana.
- **Una vez sea notificado, por favor, active su cuenta lo más pronto posible.**

**El paciente puede revocar el acceso del representante a su historia clínica si presenta una solicitud o si revoca el acceso en línea.**

***SLHS* se reserva el derecho de revocar el acceso en línea a la historia clínica en cualquier momento.**

**COMPLETE LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN EL DORSO DE ESTA PÁGINA**



## Saint Luke's Health System

### Acceso por apoderado (*proxy*) a la historia clínica a través del portal en línea *mySaintLuke's* Formulario de autorización por apoderado del paciente adulto

Por favor, llene la información del **paciente**:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Número de la historia clínica: \_\_\_\_\_  
(si se conoce)  
Dirección: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

**“Por la presente autorizo a mi representante, nombrado más abajo, a que tenga acceso a mi historia clínica a través del portal en línea *mySaint Luke's*. Entiendo que, al otorgar este permiso, mi representante tendrá acceso a los informes médicos que están disponibles actualmente, así como a los informes médicos que estarán disponibles más adelante como resultado de futuras consultas médicas. Entiendo que puedo revocar este permiso en cualquier momento llamando al consultorio de mi médico, y en dado caso, recibiría un correo electrónico que confirmaría la revocación”.**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**“Certifico que soy el tutor legal del paciente y que puedo otorgar esta autorización de parte del paciente”.**

Tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Por favor llene la información del **representante** más abajo:

Nombre: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Sexo:  Masculino  Femenino  
Parentesco con el paciente:  hijo  hija  cónyuge  otra persona  
Si la respuesta es 'otra persona', por favor, especifique: \_\_\_\_\_

**He leído y entiendo los requisitos y los procedimientos para obtener acceso a la historia clínica en línea de un paciente, según se detalla en el documento titulado Acceso por apoderado a la historia clínica a través del portal en línea *mySaintLuke's*.**

**“Hago constar lo siguiente:** (escriba sus iniciales):

- \_\_\_\_\_ **Mi representante y yo hemos leído y entendemos los requisitos y los procedimientos para obtener acceso a la historia clínica en línea, según se explicó en la página uno de este documento.**
- \_\_\_\_\_ **Mi representante y yo no compartiremos el nombre de usuario o la contraseña de *mySaintLuke's* con otras personas.**
- \_\_\_\_\_ **La información y las notificaciones de *mySaintLuke's* se enviarán a mi representante y a mí al correo electrónico que he proporcionado. En caso de que no hubiese dado una dirección de correo electrónico, los informes y las notificaciones se enviarán por correo postal a la dirección que he incluido en este documento.**
- \_\_\_\_\_ **Mi representante y yo estamos de acuerdo en cumplir con los términos y condiciones de la página de internet de *mySaintLuke's*.**

*Email to proxyrequest@saintlukeskc.org or fax to HIM at 816-891-6072*