

Formulario de Autorización de poder de UBCP MyChart

Autorización para que el padre / tutor legal divulgue información médica y
Otorgar acceso apoderado a la cuenta de UBCP MyChart del paciente (de 0 a 11 años)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ NUMBER MEDICO DEL PACIENTE #: _____
FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: ___/___/___ LOS 4 ULTIMOS NUMEROS DEL SEGURO SOCIAL: _____

Recordatorio importante: UBCP MyChart muestra cierta información de salud de los registros médicos, pero no muestra toda la información médica en sus registros medicos.

Padre / tutor legal del niño: este formulario de autorización se utiliza para menores de 12 años, en el que un Abogado de atención médica, directiva anticipada de atención médica o documentos legales que establezcan se puede solicitar la tutela. También se puede solicitar una renovación de esta autorización. Vencimiento del poder el acceso se produce automáticamente en el cumpleaños número 12 del paciente

ACUERDO

Términos y condiciones de UCSF Benioff Children's Physicians (UBCP) para UBCP MyChart y UBCP MyChart El apoderado / descargado de responsabilidad para acceder al registro de mi familia en la sección de UBCP MyChart controla este acuerdo entre los padre / tutor legal del paciente y UBCP. Consulte estos documentos cuando se registre en línea.

TUS DERECHOS

Esta autorización para divulgar información médica es voluntaria. Puede revocar el acceso de proxy en cualquier momento. Para revocación, póngase en contacto con la consulta del paciente. La revocación entrará en vigor dentro de los dos (2) días hábiles posteriores a la notificación de su solicitud, excepto en la medida en que UBCP u otros ya se hayan basado en ella

REVOCACIÓN / EXPIRACIÓN DE AUTORIZACIÓN

A menos que se revoque o finalice por revocación, la autorización para el acceso de proxy de UBCP MyChart vencerá automáticamente cuando el paciente cumpla 12 años. Para que la revocación sea efectiva, debe realizarse por escrito.

Escriba en letra de imprenta el padre / tutor legal: _____

Si el padre / tutor legal es un paciente de UBCP

MRN: _____

Los último cuatro números de el seguro social: _____

Si el padre / tutor legal NO es un paciente de UBCP:

Seguro social complete # _____ - _____ - _____ (Opcional)

Sexo: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: ___/___/_____ (fecha de nacimiento de los padres)

Contacto preferido #: _____ - _____ - _____

Domicilio: _____

Idioma Preferido: _____

Doy fe de que la información anterior es verdadera y correcta

Firma del padre / tutor legal Del paciente: _____

Fecha ___/___/___

Representante de práctica que presencié este poder:

_____ (Imprimir nombre)

_____ (Firma)

Fecha ___/___/___