

ACCOUNT #
UNIT #
ADMIT DATE

DOB
AGE
SEX

FREDERICK HEALTH HOSPITAL

400 West 7th Street
Frederick, MD 21701

240-566-3300

Patient Name: _____

DOB: _____

MR#: _____

Or Patient Label

**Portal de Pacientes – FHH CareTrack
Solicitud de Poder y Formulario de Autorización**

Autorización del paciente

- Al firmar esta Solicitud de Poder, entiendo que estoy autorizando al FHH a divulgar mi información de salud protegida (PHI) a través del Portal de Pacientes FHH CareTrack (CareTrack) a mi **apoderado**. La información de salud disponible a través de CareTrack puede incluir, pero no se limita a: resumen de salud, lista de problemas actuales, medicamentos actuales, resultados de laboratorio, informes de radiología e información de citas.
- Entiendo que la información de salud disponible para mi apoderado puede incluir información de salud relacionada con: (1) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), (2) pruebas o tratamiento para el uso de sustancias, (3) enfermedades sexualmente transmitidas, o (4) salud mental o psiquiátrica.
- Esta solicitud de poder es efectiva hasta que mi cuenta de CareTrack esté desactivada o el acceso del poder sea revocado por mí.
- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Si quiero revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviarla por correo a: Health Information Management, FHH, 400 West Seventh Street, Frederick, Maryland 21701. Entiendo que dicha revocación no tendrá ningún efecto en ninguna información ya existente o en manos de mi apoderado.
- Esta solicitud de poder incluye los registros creados o existentes en la fecha en que se firmó este formulario o antes, así como los registros que se crean después de la fecha en que se firmó este formulario.
- Entiendo que la información de salud divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario (apoderado) y ya no está protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.
- Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi rechazo a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento. Si me niego a firmar esta autorización, no se otorgará el acceso a mi cuenta de CareTrack a mi apoderado.

Tutor legal, poder notarial o agente de salud

- Al firmar esta solicitud de poder, confirmo que todos los documentos proporcionados en apoyo de mi derecho de acceso a la información de salud protegida (PHI) del paciente identificado, son copias verdaderas y correctas y son los documentos más recientes relacionados con este asunto que es de mi conocimiento.
- Entiendo que usaré mi propia cuenta de CareTrack para acceder a la información de salud del paciente.
- Por la presente acepto que, cuando mi autoridad legal para actuar en nombre del paciente haya sido desactivada, revocada, terminada o expirada, notificaré inmediatamente al FHH por escrito acerca del cambio de autoridad y lo enviaré a: Health Information Management, FHH, 400 West Seventh Street, Frederick, Maryland 21701.

Padres o tutor legal de un paciente menor de edad

- Al firmar a continuación, verifico que tengo derechos de paternidad o de tutela legal para acceder a la información de salud protegida (PHI) del paciente menor de edad.
- Entiendo que usaré mi propia cuenta de CareTrack para acceder a la información de salud del paciente.
- Confirmando que no existen órdenes judiciales ni órdenes de restricción que limiten mi acceso a los registros de salud y / o información de salud del paciente menor de edad.
- Entiendo que la comunicación en nombre del paciente menor a través de CareTrack debe enviarse desde el registro del paciente menor de edad y las respuestas se recibirán en los registros del paciente menor de edad. Las alertas de correo electrónico de CareTrack se enviarán a la dirección de correo electrónico ingresada en la información del padre / tutor legal ("apoderado").
- Para un niño de 0 a 12 años, se me otorgará acceso completo a los registros de CareTrack del niño. En el cumpleaños número 13 del niño, ya no tendré acceso a los registros de CareTrack del niño, pero puedo obtener los registros médicos del niño de la Oficina de Expedientes Médicos del FHH.

Firma del paciente / padre / madre / tutor legal / persona tomando decisión (requerido)

Fecha y hora

Relación con el paciente (requerido)

For Office Use Only: Date Received: _____

Id Verified: License Other: _____

Documents Verified: Court Order POA Advance Directive

Birth Certificate Other: _____

Circle one: Approved/Denied by: _____



