

**Centro Médico de la Universidad de Pittsburgh (UPMC, por sus siglas en inglés)
Formulario de solicitud de apoderado pediátrico**

¿Qué es un apoderado?

MyUPMC incluye una función de acceso de apoderado, donde en nombre del paciente, se les otorga a familiares designados u otras personas autorizadas acceso a información médica seleccionada del paciente mediante MyUPMC.

Estimado padre de familia/tutor legal:

Comprendemos su deseo de obtener acceso de apoderado a MyUPMC en nombre de su hijo(a). Con respecto a este asunto, la privacidad de la información de atención médica de su hijo(a) es muy importante para nosotros. En los espacios a continuación, brinde la información solicitada acerca de su hijo(a) (el paciente) y la persona que está asignando para actuar como su apoderado.

Al obtener acceso de apoderado, usted podrá acceder a funciones de MyUPMX que variarán dependiendo de la edad de su hijo(a).

Tenga en cuenta que este formulario no aplica para ser usado para pacientes de salud conductual de UPMC ni para ningún paciente cuando se involucren decisiones sobre atención médica, incluyendo, pero no limitadas a: (1) procedimientos/servicios que requieren consentimiento informado (y revocación del consentimiento si aplica), (2) admisiones a y altas de residencias para adultos mayores u otros centros de atención de largo plazo, (3) donación de órganos, partes corporales o cuerpo para fines médicos, incluyendo la autorización de una autopsia, y (4) continuación o retiro de apoyo vital. Para decisiones importantes de atención médica, se recomienda un poder notarial formal o testamento en vida.

Para obtener acceso de apoderado, complete el formulario de solicitud a continuación.

Devuelva este formulario a: (*Devuelva las 3 páginas)

o por

Fax: 724-933-1105

Children's Community Pediatrics
11279 Perry Highway, Suite 450
Wexford, PA 15090

Información del apoderado (Se requieren todas las secciones – escriba con claridad.)

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): _____

Género - *Encierre con un círculo:* Femenino o Masculino

Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono del hogar: _____ Número de teléfono celular (opcional): _____

Dirección de correo electrónico: _____

Relación con el paciente: _____

Información del niño(a) (Verifique que la información a continuación sea correcta. Notifique a la oficina sobre información incorrecta.)

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): _____

Género - *Encierre con un círculo:* Femenino o Masculino

Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número(s) de teléfono: _____

Términos y convenio del apoderado de MyUPMC

*Tenga en cuenta que: Los Términos y convenio del apoderado de MyUPMC están sujetos a cambios. En cualquier momento, puede revisar los términos y convenio más recientes en línea en MyUPMC.com

1. Comprendo que MyUPMC no es una herramienta para ser usada en caso de una situación de emergencia médica o de urgencia. Si surge una situación de emergencia o de urgencia, buscaré el servicio médico de emergencia apropiado.
2. Comprendo que MyUPMC está previsto como una fuente en línea segura de cierta información médica o de facturación confidencial. Si comparto mi nombre de usuario y contraseña de MyUPMC con otra persona, esta persona puede ver información médica mía o del paciente.
3. Acepto que es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantener mi contraseña segura, y cambiar mi contraseña si creo que puede estar comprometida en alguna manera.
4. Comprendo que MyUPMC contiene información médica *seleccionada* del expediente médico de un paciente y que MyUPMC es una herramienta de conveniencia y no sustituye ni refleja el contenido completo del expediente médico del paciente. También comprendo que MyUPMC contiene información de los consultorios médicos de la UPMC que utilizan el sistema de registro médico electrónico y que el apoderado podrá tener acceso a la información de todos esos consultorios médicos. Tal información puede incluir información asociada con VIH, salud mental, tratamiento contra abuso de drogas y alcohol.
5. Comprendo que en lugar de, o además de, seleccionar información contenida en MyUPMC, puedo tener acceso a cualquiera y a todos los expedientes médicos de ese paciente para lo cual tengo derecho legal contactando el departamento de expedientes médicos del centro de UPMC apropiado y solicitando los expedientes médicos de acuerdo a la política de la UPMC.
6. Comprendo que al obtener acceso de apoderado, se me permitirá hacer lo siguiente:
 - solicitar citas para servicios de atención médica con proveedores de atención médica de la UPMC que participen en MyUPMC
 - ver información médica seleccionada que esté disponible dentro de MyUPMC
 - solicitar ciertos servicios médicos en línea a UPMC AnywhereCare
 - comunicarme vía UPMC, por teléfono o en persona con los proveedores de atención médica de la UPMC del paciente en MyUPMC respecto a pruebas, tratamientos, medicamentos, asesoría del paciente y tareas administrativas.
 - comunicarme vía UPMC con la oficina de facturación de CCP respecto a cualquiera de las cuentas de UPMC del paciente
7. Comprendo como apoderado que podré solicitar ciertos servicios médicos en línea a UPMC AnywhereCare, en nombre del niño(a). Acepto la responsabilidad financiera de tal servicio que incluye cargos aplicables si el seguro del niño(a) no cubre todo o parte de este servicio.
8. Comprendo que todas las actividades dentro de MyUPMC serán rastreadas por auditoría de computadora y que las entradas se convertirán en parte permanente del expediente médico.
9. Comprendo que el acceso a MyUPMC es proporcionado por la UPMC como una conveniencia para nuestros pacientes y que la UPMC tiene derecho a desactivar el acceso del apoderado a la cuenta de MyUPMC o la del apoderado en cualquier momento y por cualquier razón, incluyendo casos donde la UPMC cree razonablemente que no está en su mejor interés continuar proporcionando acceso a MyUPMC a usted como apoderado.
10. El acceso de apoderado pediátrico es una herramienta de conveniencia proporcionada a la exclusiva discreción de la UPMC. Comprendo que a la edad de 13 años, el acceso al expediente médico del niño(a) utilizando MyUPMC estará limitado o podría ser descontinuado por razones de privacidad. Reconozco y acepto que no tengo derecho a una explicación de la razón de la descontinuación.

11. Comprendo que el acceso de apoderado pediátrico se discontinuará automáticamente cuando el niño(a) cumpla 18 años de edad. En ese momento, el niño(a) puede solicitar su propia cuenta, o como padre de familia/tutor legal puedo solicitar acceso de apoderado de adulto.
12. No utilizaré el acceso de apoderado de MyUPMC para fines *triviales o para fines* no relacionados con la atención o tratamiento del paciente.
13. Comprendo que el uso del acceso de apoderado es para la atención del miembro de MyUPMC. Si ya no necesito tener acceso de apoderado, debo notificarlo a la UPMC de inmediato.
14. Tengo derecho a una copia de este formulario completado.

Al firmar abajo, reconozco que he leído y que comprendo este formulario de Solicitud de apoderado pediátrico de MyUPMC y acepto sus términos.

➤ _____ / _____ / _____
Firma del apoderado (*Requerida*) **Relación con el paciente Fecha

****El apoderado pediátrico se otorgará solamente a padres biológicos y tutores legales. Si usted es tutor legal, se le exigirá presentar documentación de respaldo antes de que se le otorgue acceso de apoderado pediátrico.**