

AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO DE UN REPRESENTANTE A MYCITYOFHOPE - PACIENTE ADULTO
AUTHORIZATION FOR PROXY ACCESS TO MYCITYOFHOPE - ADULT PATIENT

Al completar este formulario, autorizo a otro adulto ("Representante") a tener acceso a mi cuenta de MyCityofHope.

By completing this form, I am authorizing another adult ("Proxy") to have access to my MyCityofHope Account.

Entiendo que al autorizar al representante a tener acceso a mi cuenta de MyCityofHope, el representante podrá ver toda la información disponible ahora o más adelante por medio de MyCityofHope. Esta información puede incluir, por ejemplo, diagnósticos clínicos, procedimientos clínicos, antecedentes de enfermedades actuales, vacunas, alergias, información sobre medicamentos, resultados de exámenes de laboratorio, incluidos resultados de exámenes que tal vez se divulguen antes de que yo los haya revisado con mi médico, notas del médico, información sobre investigaciones médicas y ensayos clínicos, información sobre facturación/cuentas y seguro y categorías de información que tal vez no estén disponibles actualmente a través de MyCityofHope. Comprendo que esta información también puede incluir información confidencial relativa a las evaluaciones de salud mental, VIH/SIDA, enfermedades infecciosas, infecciones de transmisión sexual, pruebas genéticas, uso de sustancias/alcohol y antecedentes de tratamiento, violencia doméstica, abuso infantil y abuso familiar. También entiendo que al autorizar a un representante para que tenga acceso a mi cuenta de MyCityofHope, el representante podrá revisar y actualizar la información de mi cuenta en MyCityofHope, comunicarse con mis proveedores de atención médica con respecto a mi estado de salud y participar, en mi nombre, en transacciones según lo permitido por mí y mis proveedores de atención médica en MyCityofHope.

I understand that by authorizing the proxy to have access to my MyCityofHope account, the proxy will be able to view all information available now or later through MyCityofHope. This information may include, for example, clinical diagnoses, clinical procedures, histories of present illnesses, immunizations, allergies, medication information, laboratory test results including test results that may be released before I have reviewed them with my physician, physician notes, information regarding medical research and clinical trials, billing/account and insurance information and categories of information that may not be currently available through MyCityofHope. I understand that this information may also include sensitive information related to mental health screenings, HIV/AIDS, infectious disease, sexually transmitted infection, genetic testing, substance/alcohol use and treatment history, domestic violence, child abuse and family abuse. I also understand that by authorizing a proxy to have access to my MyCityofHope account, the proxy will be able to review and update my account information maintained in MyCityofHope, communicate with my health care providers with regard to my health status, and engage on my behalf, in transactions as permitted by me and my health care providers in MyCityofHope.

Información para los pacientes

Patient Information

NOMBRE FIRST NAME	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE MIDDLE INITIAL	APELLIDO LAST NAME	FECHA DE NACIMIENTO DOB
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA MEDICAL RECORD NUMBER	NÚMERO DE TELÉFONO PHONE NUMBER	CORREO ELECTRÓNICO EMAIL ADDRESS	
DIRECCIÓN ADDRESS	CIUDAD CITY	ESTADO STATE	CÓDIGO POSTAL ZIP CODE

¿Le gustaría (paciente) tener su propia cuenta de MyCityofHope?

Would you (patient) like your own MyCityofHope Account?

- Activa Ya tengo una cuenta activa de MyCityofHope
Active I already have an active MyCityofHope account
- Sí En caso afirmativo, se utilizará la dirección de correo electrónico anterior
Yes If yes, the above email address will be used
- No Todas las notificaciones por correo electrónico de la actividad en su cuenta se enviarán a la dirección de correo electrónico de su representante
No All email notifications of activity in your account will be sent to your Proxy's email address

Por la presente autorizo a la siguiente persona a tener acceso como representante a mi cuenta de MyCityofHope:

I hereby authorize the following person to have proxy access to my MyCityofHope account:

Información sobre el representante

Proxy Information

Para ver la información del paciente, el representante también debe obtener su propia cuenta de MyCityofHope, pero no es necesario que sea un paciente de City of Hope.

In order to view the patient's information, the proxy must also obtain his/her own MyCityofHope account, but does not need to be a City of Hope patient.

NOMBRE FIRST NAME	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE MIDDLE INITIAL	APELLIDO LAST NAME	FECHA DE NACIMIENTO DOB
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA MEDICAL RECORD NUMBER	NÚMERO DE TELÉFONO PHONE NUMBER	CORREO ELECTRÓNICO EMAIL ADDRESS	
DIRECCIÓN ADDRESS	CIUDAD CITY	ESTADO STATE	CÓDIGO POSTAL ZIP CODE

City of Hope

AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO DE UN REPRESENTANTE A MYCITYOFHOPE - PACIENTE ADULTO
AUTHORIZATION FOR PROXY ACCESS TO MYCITYOFHOPE - ADULT PATIENT

AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO DE UN REPRESENTANTE A MYCITYOFHOPE - PACIENTE ADULTO
AUTHORIZATION FOR PROXY ACCESS TO MYCITYOFHOPE - ADULT PATIENT

Cómo enviar el formulario:

How to Submit Form:

Una vez completado, reenvíelo al Departamento de gestión de información médica a través de los siguientes métodos:
Once completed, please forward to the Health Information Management Department the following methods below:

- Email: HIMS-MyCityofHope@COH.ORG
- Fax: (626) 218-8443, Atención: Servicios de gestión de información médica (ROI)
- Fax: (626) 218-8443, Attention: Health Information Management Services (ROI)
- Correo postal: Servicios de gestión de información médica (ROI)
City of Hope
1500 East Duarte Road
Duarte, CA 91010
- Mail: Health Information Management Services (ROI)
City of Hope
1500 East Duarte Road
Duarte, CA 91010

Si tiene alguna pregunta con respecto a este formulario, puede comunicarse con el representante de Divulgación de información al 626-218-2446

If you have any questions regarding this form, you may contact the Release of Information representative at 626-218-2446

Reconocimientos generales

General Acknowledgements

Entiendo que:

I understand that:

1. No se me puede negar el acceso al tratamiento o a los servicios si me niego a firmar esta autorización o revoco mi autorización. Sin embargo, sin esta autorización, City of Hope no permitirá que mi representante acceda a mi cuenta de MyCityofHope.
Access to treatment or services may not be denied to me if I decline to sign this authorization or revoke my authorization. However, without this authorization, City of Hope will not allow my proxy to access my MyCityofHope account.
2. Puedo inspeccionar u obtener una copia de mi información médica en cualquier momento lógico antes de autorizar su divulgación.
I may inspect or obtain a copy of my health information at any reasonable time prior to authorizing its disclosure.
3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por nota escrita, firmada por mí o por mi representante personal y enviarla al Departamento de servicios de gestión de información médica de City of Hope, a través de los métodos de entrega mencionados más arriba. Dicha revocación entrará en vigencia de inmediato, excepto en la medida en que City of Hope ya haya actuado en base a esta autorización y tal rechazo o revocación no afectará el comienzo, la continuación o la calidad de mi tratamiento en City of Hope.
I may revoke this authorization at any time in writing, signed by me or my personal representative and submit to City of Hope, Health Information Management Services Department, by the delivery methods above. Such revocation will promptly take effect except to the extent that City of Hope already has acted based on this authorization and such refusal or revocation will not affect the commencement, continuation or quality of my treatment at City of Hope.
4. A menos que se revoque de otro modo, esta autorización vencerá automáticamente 10 años después de la fecha en la cual la firmó el paciente.
Unless otherwise revoked, this authorization will automatically expire 10 years from the date signed by patient.
5. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
I have a right to receive a copy of this authorization.
6. Una vez que City of Hope divulga mi información médica de conformidad con esta autorización a mi representante designado, City of Hope no puede garantizar que el destinatario no volverá a divulgar mi información médica a un tercero. Es posible que el tercero no esté obligado a acatar esta autorización o las leyes federales y estatales aplicables que rigen la divulgación de mi información médica.
Once City of Hope discloses my health information pursuant to this authorization to my designated Proxy, City of Hope cannot guarantee that the recipient will not re-disclose my health information to a third party. The third party may not be required to abide by this authorization or applicable federal and state law governing the disclosure of my health information.

City of Hope

**AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO DE UN REPRESENTANTE A
MYCITYOFHOPE - PACIENTE ADULTO**
AUTHORIZATION FOR PROXY ACCESS TO MYCITYOFHOPE - ADULT PATIENT

AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO DE UN REPRESENTANTE A MYCITYOFHOPE - PACIENTE ADULTO
AUTHORIZATION FOR PROXY ACCESS TO MYCITYOFHOPE - ADULT PATIENT

7. He leído y entiendo los términos de esta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y la divulgación de mi información médica en mi cuenta de MyCityofHope. Mediante mi firma que figura a continuación, por el presente, de forma consciente y voluntaria, autorizo a City of Hope a utilizar o divulgar mi información médica como se describe anteriormente.

I have read and understand the terms of this authorization and I have had an opportunity to ask questions about the use and disclosure of my health information in my MyCityofHope account. By my signature below I hereby, knowingly and voluntarily, authorize City of Hope to use or disclose my health information in the manner described above.

Autorización y reconocimiento por parte del paciente
Authorization and Acknowledgement by Patient

FIRMA DEL PACIENTE SIGNATURE OF PATIENT

FECHA DATE

HORA TIME

NOMBRE FIRST NAME

SEGUNDO NOMBRE MIDDLE NAME

APELLIDO LAST NAME

Reconocimiento del representante
Proxy Acknowledgement

Al firmar a continuación, reconozco y acepto que:
By signing below, I acknowledge and agree that:

1. Utilizaré mi propia cuenta de MyCityofHope para acceder a la cuenta de MyCityofHope del paciente.
I will be using my own MyCityofHope account to access the patient's MyCityofHope account.
2. Cumpliré con los términos y condiciones de la página web MyCityofHope (ubicada en www.mycitvofhope.org luego seleccione el enlace Terms and Conditions (Términos y condiciones) en la página) y de este documento.
I will comply with the terms and conditions on the MyCityofHope web page (located at www.mycitvofhope.org then select the Terms and Conditions link on the page) and this document.
3. A menos que se revoque de otro modo, esta autorización vencerá automáticamente 10 años después de la fecha en la cual la firmó el paciente.
Unless otherwise revoked, this authorization will automatically expire 10 years from the date signed by patient.

FIRMA DEL REPRESENTANTE SIGNATURE OF PROXY

FECHA DATE

HORA TIME

NOMBRE FIRST NAME

SEGUNDO NOMBRE MIDDLE NAME

APELLIDO LAST NAME

SÓLO PARA USO DE COH (para ser completado por el personal que obtuvo el formulario de representación):
FOR COH USE ONLY (to be completed by staff who obtained proxy form):

1. He entregado al paciente una fotocopia del formulario de autorización de MyCityofHope firmado.
I have given a photocopy of the signed MyCityofHope authorization form to the patient.
2. He visto la identificación del paciente emitida por el gobierno el (fecha)
I have viewed the patient's government issued ID on (date) _____

FIRMA DEL PERSONAL DE COH SIGNATURE OF COH STAFF

NOMBRE EN IMPRENTA DEL PERSONAL DE COH PRINTED NAME OF COH STAFF

NOMBRE DEL PACIENTE PATIENT NAME

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE PATIENT DOB

N.º DE HISTORIA CLÍNICA MRN

City of Hope

AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO DE UN REPRESENTANTE A MYCITYOFHOPE - PACIENTE ADULTO
AUTHORIZATION FOR PROXY ACCESS TO MYCITYOFHOPE - ADULT PATIENT