

AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO DE UN REPRESENTANTE A MYCITYOFHOPE - PACIENTE ADULTO

Al completar este formulario, autorizo a otro adulto, también conocido como "Representante", a tener acceso a mi cuenta de MyCityofHope.

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.

Patient Information

Nombre Inicial del segundo nombre Apellido F. de nac.

Número de historia clínica Número de teléfono Dirección de correo electrónico

Dirección Ciudad Estado Código postal

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

- Activa Ya tengo una cuenta activa de MyCityofHope.
- Sí En caso afirmativo, se utilizará la dirección de correo electrónico anterior.
- No Todas las notificaciones por correo electrónico de la actividad en su cuenta se enviarán a la dirección de correo electrónico de su representante.

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

Información sobre el representante autorizado del paciente ("Representante")

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.

Nombre Inicial del segundo nombre Apellido F. de nac.

Relación con la paciente Número de teléfono Dirección de correo electrónico

Dirección Ciudad Estado Código postal

Reconocimientos generales

Entiendo que:

- 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.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de mi información de salud en cualquier momento lógico antes de autorizar su divulgación.
- 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 de salud 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.

City of Hope

AUTHORIZATION FOR PROXY ACCESS TO
MYCITYOFHOPE – ADULT PATIENT

**AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO DE UN REPRESENTANTE A
MYCITYOFHOPE - PACIENTE ADULTO**

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.
5. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
6. Una vez que City of Hope divulga mi información de salud de conformidad con esta autorización a mi representante designado, City of Hope no puede garantizar que el destinatario no volverá a divulgar mi información de salud 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 de salud.
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 de salud en mi cuenta de MyCityofHope. Con mi firma a continuación, por el presente, de forma consciente y voluntaria, autorizo a City of Hope a utilizar o divulgar mi información de salud como se describe anteriormente.

Autorización y reconocimiento por parte del paciente

Firma del paciente Fecha Hora

Nombre Segundo nombre Apellido

Reconocimiento del representante

Al firmar a continuación, reconozco y acepto que:

1. Utilizaré mi propia cuenta de MyCityofHope para acceder a la cuenta de MyCityofHope del paciente.
2. Cumpliré con los términos y condiciones de la página web de MyCityofHope (ubicada en www.mycityofhope.org; luego seleccione el enlace Terms and Conditions (Términos y condiciones) en la página) y de este documento.
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.

Firma del representante Fecha Hora

Nombre Segundo nombre Apellido

FOR COH USE ONLY (to be completed by staff who obtained proxy form):

- I have given a photocopy of the signed MyCityofHope authorization form to the patient.
- I have viewed the patient's government issued ID on (date) _____

SIGNATURE OF COH STAFF PRINTED NAME OF COH STAFF

PATIENT NAME PATIENT DOB MRN

City of Hope

**AUTHORIZATION FOR PROXY ACCESS TO
MYCITYOFHOPE – ADULT PATIENT**

**AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO DE UN REPRESENTANTE A
MYCITYOFHOPE - PACIENTE ADULTO**

Cómo enviar el formulario:

Una vez completado, reenvíelo al Departamento de Servicios de gestión de información de salud a través de los siguientes métodos:

Espere hasta 72 horas para que se procese su solicitud. Cuando se procese, recibirá un enlace para activar su cuenta de MyCityofHope.

Si tiene preguntas acerca del estado de su solicitud, puede hacer un seguimiento con el especialista en divulgación de información comunicándose con el sitio correspondiente a continuación.

COH - California

- **Email:** HIMS-MyCityofHope@coh.org
- **Fax:** (626) 218-8443 Attention: Health Information Management Services (ROI)
- **Mail:** Health Information Management Services (ROI)

City of Hope
1500 East Duarte Road
Duarte, CA 91010

COH - Chicago, Atlanta, Phoenix, Hospitals and Outpatient Care Centers

- **Email:** HIMSROI2@COH.ORG
- **Fax:** (847) 746-6791 Attention: Health Information Management Services (ROI)
- **Mail:** Health Information Management Services (ROI)

City of Hope
2520 Elisha Avenue
Goodyear, AZ 85338

City of Hope

**AUTHORIZATION FOR PROXY ACCESS TO
MYCITYOFHOPE – ADULT PATIENT**