

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

¿Qué es el 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 de salud seleccionada del paciente mediante MyUPMC.

Estimado paciente:

Comprendemos su deseo de nombrar un apoderado para que actúe en su nombre como se describe a continuación: 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 usted (el paciente) y la persona que está asignando para actuar como su apoderado.

*Al asignarle acceso de apoderado, su apoderado podrá: (1) solicitar citas para servicios de atención médica en su nombre, (2) tener acceso a información médica seleccionada, (3) comunicarse vía UPMC, por teléfono o en persona, con los proveedores de atención médica respecto de sus pruebas, tratamientos, medicamentos, asesoría del paciente y tareas administrativas, (4) solicitar ciertos servicios médicos en línea a UPMC AnywhereCare y (5) comunicarse vía MyUPMC con la oficina de facturación de la UPMC con respecto a facturas que puede recibir. **EN CASO DE QUE NO DESEE QUE UNA PERSONA TENGA ESTAS CAPACIDADES, ENTONCES NO DEBE HACER DE ESA PERSONA SU APODERADO.***

Tenga en cuenta que este formulario no aplica y no puede ser utilizado para pacientes de salud conductual 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 asignar acceso de apoderado, complete el formulario de solicitud a continuación:

Devuelva este formulario a: (***Devuelva las 3 páginas**) o por Fax: 412-647-8929

A la atención de: HIM
200 Lothrop Street
Forbes Tower, Suite 9050
Pittsburgh, PA 15213

Preguntas: 412-864-1221

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 (*opcional*): _____

Información del paciente (Verifique que la información a continuación sea correcta. Notifique a la oficina sobre

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(s): _____
Dirección de correo electrónico (*opcional*): _____

Términos y convenio de apoderado de MyUPMC

*Tenga en cuenta que: Los Términos y convenio de 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 sí 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 de UPMC y que mi 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. Si no me siento cómodo al compartir información contenida en MyUPMC, no debo proporcionar acceso de apoderado.
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 otorgar acceso de apoderado, mi apoderado tiene permitido hacer lo siguiente:
 - solicitar citas para servicios de atención médica, en mi nombre, a cualquier proveedor de atención médica de UPMC que participe en MyUPMC
 - ver información médica seleccionada que esté disponible dentro de MyUPMC
 - solicitar ciertos servicios médicos en línea a UPMC AnywhereCar
 - comunicarse vía UPMC, por teléfono o en persona, con cualquiera de los proveedores de atención médica de la UPMC en MyUPMC respecto a pruebas, tratamientos, medicamentos, asesoría del paciente y tareas administrativas.
 - comunicarse vía MyUPMC con la oficina de facturación de la UPMC con respecto a facturas que puedo recibir
7. Comprendo que mi apoderado podrá solicitar ciertos servicios médicos en línea a UPMC AnywhereCar. 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 mis actividades y las de mi apoderado 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 sus pacientes y que la UPMC tiene derecho a desactivar el acceso a mi cuenta de MyUPMC o la de mi apoderado en cualquier momento y por cualquier razón, incluyendo casos donde la UPMC cree razonablemente que no está en su mejor interés continuar proporcionándome acceso a MyUPMC o a mi apoderado.

10. Comprendo que el uso de MyUPMC es voluntario y que no estoy obligado a usar MyUPMC o a autorizar un apoderado de MyUPMC. Como tal, UPMC no condicionará mi tratamiento a que me inscriba en MyUPMC o a que autorice un apoderado de MyUPMC.
11. Comprendo que tengo la capacidad de revocar el acceso de apoderado en cualquier momento utilizando herramientas de MyUPMC o proporcionando una solicitud por escrito al consultorio médico primario de UPMC. De lo contrario, a menos que UPMC revoque el acceso al proxy (como se describió en la sección 9), el acceso de apoderado se mantendrá en efecto hasta que una orden judicial o la ley aplicable lo revoque. Sin embargo, si mi apoderado ha tenido acceso y divulgado de nuevo mi información antes de que revoque el acceso de apoderado, tal información ya no estará protegida por la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros de salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés). La información relacionada con las obligaciones y compromisos de la UPMC conforme a la HIPAA se puede encontrar en la Notificación de prácticas de privacidad de la UPMC.
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 utilizar el acceso de apoderado, lo notificaré 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 de MyUPMC y acepto sus términos.

➤ _____ / _____ / _____
Firma de apoderado asignado (Requerido) Relación con el paciente Fecha

Reconozco que he leído y que comprendo este formulario de Solicitud de apoderado adulto de MyUPMC. Acepto estos términos y elijo designar a la persona nombrada antes como mi apoderado de MyUPMC.

➤ _____ / _____
Nombre del paciente – Con letra de molde (Requerido) Fecha de nacimiento

➤ _____ / _____
Firma del paciente (Requerida) Fecha

➤ _____ / _____
Firma del proveedor si el paciente no puede dar el consentimiento (Requerido) Fecha