

## Instrucciones para la renuncia y el consentimiento expreso de un representante legal de pacientes menores de 13 a 17 años de edad

La característica de MyHealthONE para los cuidadores les permite a los pacientes otorgar acceso a sus propias cuentas de MyHealthONE para que otras personas puedan ver su información de salud. Los cuidadores deben ser personas de confianza y estarán designados legalmente para acceder a la información de salud del paciente.

Para solicitar permisos de cuidador para un familiar o un ser querido a través de MyHealthONE, o bien, para permitir que otra persona tenga permisos de cuidador para acceder a su cuenta de MyHealthONE, **llevé el formulario adjunto al hospital en el que el paciente estuvo la última vez. Deberá completar y firmar el formulario en presencia de un representante del hospital** en la oficina de admisión de pacientes, de administración de información de salud o de registros médicos.

Si el paciente no puede firmar el formulario de *Renuncia y Consentimiento*, el apoderado del paciente puede firmar en su nombre. El apoderado debe presentar su documentación y una identificación con foto emitida por el estado. Si el paciente no puede firmar el formulario de *Renuncia y Consentimiento*, y tampoco tiene un apoderado, no puede llevarse a cabo la inscripción del cuidador ni del representante legal.

### Para pacientes de 0 a 12 años

Lleve la *Renuncia y consentimiento expreso de un representante legal de pacientes menores de 0 a 12 años* al hospital en el que el menor estuvo la última vez. El padre o tutor legal debe presentar una identificación con foto. Aunque cualquiera puede ser cuidador o representante legal, el padre o tutor legal debe firmar la *Renuncia y consentimiento expreso de un representante legal de pacientes menores de 0 a 12 años* en la admisión del hospital.

### Para pacientes de 13 a 17 años

Seleccione a una persona de confianza como su cuidador. Lleve al hospital en el que estuvo la última vez el formulario *Renuncia y consentimiento expreso de un representante legal de pacientes menores de 13 a 17 años*. Fuera de Texas, un padre o tutor legal y el paciente menor de edad deben firmar el formulario de *Renuncia y consentimiento expreso de un representante legal de pacientes menores de 13 a 17 años* y presentar una identificación con fotografía en el mostrador de admisión del hospital. En Texas, no es obligatorio el formulario *Renuncia y consentimiento expreso de un representante legal de pacientes menores de 13 a 17 años*, ya que el padre/madre o tutor legal por defecto tienen acceso al portal del paciente del menor, a menos que la totalidad o una parte esté protegida bajo una ley aplicable o una orden judicial.

### Para pacientes adultos

Lleve la *Renuncia y consentimiento expreso de un representante legal de pacientes adultos* al hospital en el que usted estuvo la última vez. Deberá presentar una identificación con foto en el hospital y estar preparado para dar la información sobre su cuidador o representante legal.

### Para el cuidador

Todos los cuidadores deben tener al menos 18 años de edad, tener una dirección de correo electrónico activa y presentar una identificación con foto reciente, emitida por el estado, al hospital en el que el paciente estuvo la última vez.

**Cuando el hospital haya procesado el formulario, llame al equipo de soporte de MyHealthONE al 1-855-422-6625 para finalizar el proceso de inscripción del cuidador.**

### Para el hospital

Como empleado del hospital, si tiene preguntas acerca de este formulario, llame al equipo del hospital de soporte del portal de MyHealthONE. Este formulario también está disponible en *Atlas Connect*.

\*MTPORT\*  
\* M T P O R T \*



\* M T P O R T \*

## Representante de Paciente Menor de 13 a 17 Años de Edad

### Renuncia y Consentimiento Rápida

El paciente abajo firmante ("Paciente") otorga al/la padre/madre o tutor legal de el del Paciente ("Padre"), y el padre/madre solicita que se le otorgue acceso a la información de salud del paciente y otra información ("Información del Paciente") y entienden que al hacerlo el paciente renuncia a todos los derechos relacionados a la privacidad y confidencialidad de la información del paciente con los padres (incluidas, entre otras, las prácticas de privacidad del centro de atención médica de HCA). El paciente declara y garantiza que es un menor de edad con la capacidad de entrar a acuerdos relacionados con el consentimiento de acceso y la renuncia a los derechos que involucran datos médicos altamente sensibles. El padre/madre declara y garantiza que él o ella es el padre o tutor legal del paciente menor con la capacidad de entrar a acuerdos relacionados con el consentimiento para el acceso y la renuncia a los derechos relacionados con los datos médicos del paciente. El paciente y los padres comprenden y reconocen además que (a) el centro de HCA Healthcare puede confiar en esta exención y da consentimiento hasta que el paciente o los padres la revoquen por escrito; (b) al proporcionar esta renuncia, el Padre no tiene menos derechos de acceso a la Información del Paciente que el Paciente; y (c) El paciente y el padre renuncian a todos los derechos y recursos relacionados con el uso o mal uso de la información del paciente por parte de los padres que el centro de HCA Healthcare le proporciona a los padres con esta renuncia y consentimiento de expreso. Tenga en cuenta que, si se revoca esta renuncia y consentimiento, dicha revocación no afectará ninguna acción tomada en base a esta renuncia y consentimiento antes de dicha revocación. Si el paciente o el padre/madre desea revocar este consentimiento, debe de llamar al Soporte del Portal del Paciente al 1-855-422-6625.

Información del Paciente	
Nombre del Paciente (en letra de imprenta):	Firma del Paciente/Representante Autorizado del Paciente:
Número de Cuenta del Paciente:	Número de Cuenta del Paciente:
Firma del Padre/Tutor Legal:	Fecha del Consentimiento:
Información del Representante	
Nombre del Representante (en letra de imprenta):	Dirección de Correo Electrónico del Representante:

\*M T P O R T \*

\* M T P O R T \*



\* M T P O R T \*