

Legal Proxy Acknowledgement -
Patient Portal "Dependent Account"
Page 1 of 1



Place Patient Label
Inside This Box

**AUTORIZACIÓN POR PODER A TUTOR LEGAL PERMANENTE/PODER PARA LA
ATENCIÓN MÉDICA PARA CUENTA DE "DEPENDIENTE" DE MYCHART**

Se podrá otorgar el acceso a la información médica protegida en un registro del Portal del Paciente en línea de un paciente adulto de FirstHealth of the Carolinas (en adelante, mencionada como MyChart) a un individuo **que presente documentos legales válidos (poder legal) para actuar en nombre del paciente como:**

- Un Poder para la Atención Médica o Tutor Legal Permanente de un paciente que tiene 18 años o más y no puede tomar y comunicar sus decisiones sobre la atención médica o ha sido declarado incompetente por un tribunal con jurisdicción sobre el paciente, ☐
- Un Tutor Legal Permanente de un paciente que sea un menor emancipado y ha sido declarado incompetente por un tribunal con jurisdicción sobre el paciente.

NOMBRE DEL PACIENTE

Escriba el nombre completo: _____

Fecha de nacimiento (MM-DD-AAAA): _____ Sexo: _____ NSS: xxx-xx-

Dirección: _____

PODER LEGAL (Poder para la Atención Médica y/o Tutor Legal Permanente)

Escriba el nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Correo electrónico: _____

Ciudad: _____ Teléfono preferido: _____ Celular ☐ Particular ☐

Estado: _____ Código postal: _____ NSS: xxx-xx-

RELACIÓN CON EL PODER LEGAL (Marque una):

- ☐ Poder para la Atención Médica — El titular del Poder Legal debe presentar copias de un Poder para la Atención Médica válida que demuestre su autoridad legal para actuar en nombre del paciente y también debe incluir documentación clínica que demuestre que el paciente no tiene la capacidad de decisión para tomar sus propias decisiones.
- ☐ Tutor Legal Permanente — El titular del Poder Legal debe presentar copias de la orden judicial que los nombró como el tutor legal permanente del paciente.

RECONOCIMIENTO DEL TITULAR DEL PODER LEGAL – Cuenta de dependiente de MyChart:

Al firmar más abajo, reconozco por la presente y acuerdo con cada una de las siguientes (por favor lea y marque cada casilla):

- ☐ Tengo documentación legal válida que me autoriza a actuar en nombre del paciente indicado más arriba en el establecimiento de una cuenta de dependiente en línea para acceder a su información médica protegida.
- ☐ Debo establecer una cuenta en MyChart de FirstHealth of the Carolinas en mi propio nombre para poder ingresar y acceder a la cuenta del paciente dependiente indicado más arriba.
- ☐ Acuerdo cesar inmediatamente el acceso a la cuenta de dependiente del Paciente en caso de que mi autoridad legal para actuar en nombre del Paciente sea terminada, desactivada o de otra manera, vencida.
- ☐ También notificaré inmediatamente a FirstHealth of the Carolinas en caso de que mi autoridad legal para actuar en nombre de este Paciente cambie de alguna manera.
- ☐ He leído y cumpliré los Términos y Condiciones de MyChart de FirstHealth anunciados en línea.

Firma del Titular del Poder Legal

Fecha/hora

Firma del testigo

Fecha/hora

Original: Patient Chart

**DEVUELVA ESTE FORMULARIO POR CORREO ELECTRÓNICO (mychartsupport@firsthealth.org),
FAX (910-235-7808), o por correo a FirstHealth of the Carolinas Privacy Office PO Box 3000, Pinehurst, NC 28374**