

**Acceso al expediente de MyBSWHealth de otro adulto**

Para solicitar el acceso por poder (proxy) del expediente de MyBSWHealth de un adulto, le rogamos que llene este formulario. El paciente o su representante legal debe firmar el formulario y proporcionar autorización para divulgar información médica en MyBSWHealth en la "Autorización para divulgar información médica a un adulto con poder (proxy) (en inglés, Authorization for Release of Medical Information to Adult Proxy)". Tenga en cuenta que accederá al expediente del paciente por medio de su propio expediente (el de la persona que obtiene el poder) de MyBSWHealth. Al llenar este formulario se establecerá un expediente de MyBSWHealth para usted y el paciente. Cuando envíe este formulario, proporcione una identificación emitida por el gobierno como verificación de su identidad.

Envíe los formularios a Baylor Scott & White Health, Health Information Management Department, 2401 S. 31<sup>st</sup> Street, Temple, TX 76508 o por fax a 254-724-0119. Envíe los formularios a Health Texas Provider Network (HTPN), Health Information Management department, 8150 N. Central Expressway, Suite 400, Box 47, Dallas, TX 75206 o por fax a 214-818-9781.

Si usted desea establecer autorización digital como apoderado de este paciente, en lugar de usar esta forma puede usted hacerlo usando la aplicación MyBSWHealth.app. Para más información visite la página internet a <https://my.bswhealth.com/faq>.

**Su información como persona con poder legal** (Llene todas las secciones y escriba claramente).

Esta sección la debe llenar la persona que solicita acceso al expediente de MyBSWHealth de otro adulto.

Nombre: (apellido, primer nombre, inicial intermedia): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M/F  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
País: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos de seguro social: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono (casa/móvil/trabajo): \_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Paciente de Scott & White (por favor marque una opción): sí/no

**Información del paciente** (Llene todas las secciones y escriba claramente).

Llene esta sección con la información del paciente para el cual solicita acceso al expediente de MyBSWHealth.

Nombre (apellido, nombre, inicial 2.º nombre): \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Condiciones y acuerdo de MyBSWHealth**

- Entiendo que MyBSWHealth ofrece un recurso protegido en Internet de información médica confidencial. Si le divulgo mi identificación y contraseña de MyBSWHealth a otra persona, dicha persona puede ver la información médica de la persona que me ha autorizado y otorgado el poder legal en MyBSWHealth.
- Acepto que tengo la responsabilidad de seleccionar una contraseña confidencial, mantener protegida mi contraseña y cambiar dicha contraseña si creo que se ha puesto en peligro de alguna manera.
- Entiendo que MyBSWHealth contiene información médica específica y limitada del expediente médico de un paciente y que MyBSWHealth no refleja el contenido completo del expediente médico.
- Entiendo que mis actividades en MyBSWHealth se pueden vigilar por medio de medidas de auditoría en informática y que el ingreso de información que efectúe puede formar parte del expediente médico del paciente.
- Entiendo que Scott & White Healthcare proporciona el acceso a MyBSWHealth como un medio práctico para sus pacientes y que Scott & White Healthcare tiene el derecho a desactivar el acceso a MyBSWHealth en cualquier momento y por cualquier motivo. Entiendo que el uso de MyBSWHealth es voluntario y que no tengo que usarlo ni autorizar el acceso a MyBSWHealth por poder (proxy).
- Si cambia la relación legal entre la persona a quien se le ha otorgada el poder y el paciente, se le debe informar a Scott & White Healthcare sobre dicho cambio inmediatamente enviando un aviso por escrito a Scott & White Healthcare, Health Information Management Department, Mail Stop #01047, 2401 S. 31<sup>st</sup> Street, Temple, TX 76508 o por fax a 254-724-0119. Envíe los formularios a HealthTexas Provider Network (HTPN), Health Information Management department, 8150 N. Central Expressway, Suite 400, Box 47, Dallas, TX 75206 o por fax a 214-818-9781.
- Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo este Formulario de inscripción en MyBSWHealth y los Términos y las condiciones que se adjuntan. Certifico que soy la persona autorizada a quien el paciente ha otorgado un poder legal

---

Su firma como persona con poder legal

Fecha

---

Nombre en letra de imprenta

Relación con el paciente

Confirmando que he leído y entiendo este Formulario de inscripción en MyBSWHealth. Acepto las condiciones del mismo y nombro a la persona señalada arriba como mi representante por poder para que tenga acceso a mi expediente médico de MyBSWHealth.

---

Firma del paciente (o persona autorizada)

Fecha

---

Nombre en letra de imprenta

Relación con el paciente

### **Autorización para divulgar información médica a un adulto con poder (proxy)**

**Este formulario es una autorización que le permitirá a Scott & White Healthcare divulgar su información médica al adulto con poder que usted nombre (proxy). Le pedimos que lo lea detenidamente.**

**Este formulario deberá llenarlo el paciente que autoriza que otro adulto acceda a su información médica en el expediente de MyBSWHealth. Debe acompañar el "Formulario para adulto con poder (proxy)" que contiene el nombre y la información de la persona a quien el paciente autoriza a acceder a su expediente de MyBSWHealth como persona nombrada con poder.**

Nombre del paciente (*apellido, primer nombre, inicial intermedia*): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Solicito que \_\_\_\_\_ (*escriba el nombre de la persona con poder "proxy"*) obtenga acceso a la información médica que contenga mi expediente de MyBSWHealth. He nombrado a esta persona como la persona con poder (proxy) de MyBSWHealth. Autorizo a Scott & White Healthcare y MyBSWHealth a otorgar acceso por poder a la información médica que contenga mi expediente de MyBSWHealth a dicha persona con poder nombrado. Entiendo que la información médica en MyBSWHealth se obtiene de mi expediente médico electrónico y puede contener información de todas las instalaciones de Scott & White Healthcare. Autorizo la divulgación de cualquier información que se encuentre en mi expediente médico MyBSWHealth que mantiene Scott & White Healthcare a la persona con poder (proxy) designada.

Autorizo la divulgación de esta información solamente por medio de mi expediente MyBSWHealth. Este formulario autoriza la divulgación de mi expediente médico a la persona con poder que he nombrado por otros medios ni por otras formas.

Entiendo que una vez que se divulgue la información, la persona con poder podría volver a divulgarla, por lo que ya no contaría con las protecciones federales de privacidad.

La participación en MyBSWHealth y el nombrar a una persona con poder para el expediente MyBSWHealth se hace voluntariamente. Entiendo que no tengo que nombrar a una persona con poder para el expediente MyBSWHealth ni que tengo que otorgar esta autorización. Comprendo además que Scott & White Healthcare no condiciona mi tratamiento médico, los pagos ni otros servicios al hecho de que otorgue la presente autorización. Sin embargo, también entiendo que si no otorgo la autorización, Scott & White Healthcare no podrá proporcionar acceso a mi expediente de MyBSWHealth a la persona con poder que he nombrado.

La presente autorización vencerá cuando se revoque o en la fecha o el suceso especificado aquí \_\_\_\_\_ . Puedo también revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando una solicitud de revocación por escrito a Scott & White Healthcare. Entiendo que si revoco la presente autorización, terminará el acceso de la persona con poder que he nombrado para el expediente de MyBSWHealth. Comprendo además que mi revocación no afectará ninguna divulgación que se haya hecho antes de que se tramitara la solicitud de revocación.

---

Firma del paciente (o persona autorizada)

Fecha

---

Nombre en letra de imprenta

Relación con el paciente

Si firma una persona que no sea el paciente, indique la autoridad de la misma para firmar por el paciente (p. ej., tutor legal) y adjunte la debida documentación.

For Official Scott & White Use:

**Signature Verification**

\_\_\_\_\_ Verified by ID (Driver's License, State ID, Military ID) \_\_\_\_\_ Form signed in person \_\_\_\_\_ Signature on File

Send to Health Information Management Department for final verification and granting of proxy access.