



SOLICITUDE DE ACCESO A *myccLink* REPRESENTANTE

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Domicilio: _____
 Numero de Telefono: _____ Numero de Seguro Social: _____
 Correo Electronico: _____ ?Comparte el Correo Electronico? Si No

INFORMACION DEL REPRESENTANTE ASIGNADO

Nombre del Representante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Domicilio: _____
 Numero de Telefono: _____ Numero de Seguro Social: _____
 Correo Electronico: _____ ?Comparte el Correo Electronico? Si No

FIRMA(S) Y RECONOCIMIENTO

Advertencia: Esta solicitud solamente permite al Representante Designado tener acceso a la información sobre mi salud a través de “myccLink”, incluyendo información sobre VIH/SIDA, uso de Drogas/Alcohol y Salud Mental, si aplica..

- El Acceso por Representante automáticamente se vencerá en la fecha de vencimiento que aparece en el documento legal, o una vez que el menor cumpla 12 años de edad, lo que ocurra primero.
- Yo puedo negarme a firmar esta solicitud. Esta negativa no afectará mi derecho a recibir tratamiento, pago o elegibilidad para obtener beneficios.
- Yo puedo revisar u obtener una copia de la información médica de la cual me están pidiendo permiso para usar o revelar
- Yo puedo revocar esta solicitud en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarla a la siguiente dirección:

Contra Costa Regional Medical Center
 Health Information Management Department
 Attn: *myccLink* Proxy Access
 2500 Alhambra Avenue
 Martinez, CA 94553
 Fax: (925) 370-5275

- Mi revocación tomará efecto una vez sea recibida, salvo en la medida en que otros hubiesen tomado acción basados en esta solicitud.
- Yo tengo el derecho a recibir una copia de esta solicitud.
- Al firmar esta solicitud, yo entiendo que el Centro Médico Regional de Contra Costa y Centros de Salud (CCRMC&HCs), darán a mi Representante el mismo acceso y privilegios que yo tengo con “myccLink” para ver secciones de mi información médica protegida. También entiendo que habrá información adicional a disposición de mi representante a través del portal de pacientes según CCRMC&HCs continúen implementando este producto.
- La información revelada conforme a esta solicitud puede también ser divulgada por el Representante. Tal divulgación en algunos casos no está prohibida por La Ley de Confidencialidad de Información Médica de California (CMIA) y posiblemente no estará amparada por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPPA). Sin embargo, CMIA prohíbe que la persona que reciba mi información médica, la comparta con otras personas, a menos de que se obtenga mi autorización o a menos de que dicha información sea requerida por ley específicamente.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del Representante: _____ **Fecha:** _____

- ❖ This form must be delivered to Health Information Management Department by the patient or proxy representative who will need to present a photo ID.

HIMD COMPLETARA ESTA SECCION:

Cual es la relacion con el paciente (Documento Legal Presentado):

- Tutor Asignado por Orden del Tribunal Cartas de Tutela
- Poder Notarial Duradero para CuidadoMedico Directrices Medicas por Adelantado
- Confirmado Padre/Madre del menor que conjunta con el domicilio o la acta de Nacimiento
- Otro (especifique): _____

MRN: _____

Parent/Guardian ID Verified by: _____ Date: _____

Proxy ID Type: _____ ID Number: _____

Request Expiration Date: _____