



Solicitud de Acceso a MyGillette Proxy

Una autorización a proxy significa que usted le da a otra persona acceso completo a su historial médico de Gillette a través de una cuenta en línea del Portal de Gillette. Es como si fuera usted. Esto podría ser un padre, tutor, o quien ayuda a cuidar de su salud. Para crear acceso a Proxy, debe completarse el formulario.

Información del Paciente – Cuyo historial de pacientes será compartido?

Nombre	Segundo Nombre	Apellido
Dirección		Ciudad
Estado	Código Postal	Numero de teléfono durante el día
Fecha de nacimiento	Género M F	Numero de registro medico

Información Proxy – quien puede tener acceso al registro del paciente?

Nombre	Segundo Nombre	Apellido
Dirección		Ciudad
Estado	Código Postal	Numero de teléfono durante el día
Fecha de Nacimiento	Género M F	Relación con el paciente
Dirección de correo electrónico Proxy		Últimos 4 dígitos del número de seguro social del representante proxy _____ (Esto es para la pregunta de desafío: se le pedirá que cambie esto al iniciar la sesión por primera vez)

Al firmar este formulario, entiendo que:

1. Autorizo a Gillette Children's Specialty Healthcare a revelar (dar) mi información a este proxy.
2. Esta autorización se refiere únicamente al Portal de pacientes de Gillette Children's Specialty Healthcare MyGillette.
3. Toda la información accesible a través del portal del paciente MyGillette será accesible a este proxy.
4. Esta autorización expira (termina) 5 años a partir de la fecha en que el acceso fue otorgado.
5. Para los menores de 13 a 17 años, esta autorización deberá se llenada por el paciente para el padre/el que toma decisiones legales para tener proxy al portal del paciente.
6. Para los menores de 13 a 17 años, esta autorización expira cuando el paciente cumple 18 años.
7. Esta autorización podrá ser revocada en cualquier momento notificando por escrito la dirección antes mencionada.
8. La revocación de esta autorización no se aplica a la información ya liberada bajo esta autorización.
9. Las leyes federales de privacidad protegen la información revelada a un proveedor de atención médica cubierto del plan de salud.
10. La información revelada a otras personas o entidades no puede ser protegida y puede volver a ser revelada.
11. No tengo que firmar este formulario. El tratamiento todavía se me proporcionará si no firmo este formulario.

FIRMA Y RECONOCIMIENTO

Firma del paciente/padre/persona encargada de tomar decisiones legales Nombre del paciente/padre/persona encargada de tomar decisiones legales

Relación con el paciente

Fecha

Teléfono/Permiso verbal obtenido por (Nombre, Fecha, Título):



Solicitud de Acceso a MyGillette Proxy

Se requiere autorización legal de la persona que toma decisiones, además del paciente menor (de 13 a 17 años de edad), cuando se otorga el acceso a proxy a alguien que no sea el que toma la decisión legal. _____

Firma de los padres / encargados de tomar las decisiones legales _____ Nombre de los padres / encargados de tomar las decisiones legales _____

Fecha _____

Envíe el formulario completo y firmado por correo, fax o correo electrónico a

Gillette Childrens
HIS-mailstop 205515
200 University Ave E.
St. Paul, MN 55101

Fax 651-726-2605

MyGillette@gillettechildrens.com

Si tiene preguntas por favor llame al: 651-229-3886

Por favor, espere hasta 10 días hábiles para su procesamiento.

El proxy recibirá un correo electrónico con un enlace para completar el proceso de inscripción.

Para uso interno solamente

Fecha recibida: _____ Nombre del personal que hizo el proceso: _____

ID verificada: S o N Correo electrónico enviado a Proxy (fecha) _____