



Children's Mercy

Autorización para participar en el Portal para Pacientes MyChildrensMercy (mayores de 18 años)

8071-502 Reg. Méd. 06/19 (Translated 06/19)



Términos y condiciones de MyChildrensMercy

Al firmar a continuación, confirmo que he recibido, leído y comprendo el Documento de Información sobre el Portal para pacientes MyChildrensMercy y acepto cumplir con los procedimientos y las pautas de Children's Mercy Hospital para el uso del portal para pacientes (MyChildrensMercy). He revisado y comprendo los riesgos de usar el portal y los riesgos asociados a la comunicación en línea entre mi médico o el de mi hijo y yo. Acepto respetar las políticas establecidas en el presente documento, así como también cualquier otra indicación o pauta que Children's Mercy pueda imponer para las comunicaciones en línea. Acepto que se me otorgó la oportunidad de hacer preguntas acerca del portal y esta autorización, y que todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Confirmando que estoy autorizado por ley para acceder a la información contenida dentro del portal, y que, si ya no estoy autorizado por ley a hacerlo, le informaré al hospital e interrumpiré el acceso.

Comprendo que MyChildrensMercy se debe usar únicamente para asuntos médicos de rutina. Comprendo que necesito llamar a mi proveedor o el de mi hijo si no recibo una respuesta dentro de las 48 horas. Comprendo que el portal no es para comunicaciones o servicios de emergencia y utilizaré el 911 o buscaré tratamiento en una sala de emergencias o un centro de atención de urgencia para las situaciones urgentes y de emergencia. Children's Mercy se reserva el derecho a interrumpir o suspender el acceso al portal sin previo aviso. También comprendo que los mensajes enviados a mi proveedor de atención médica pasarán a formar parte de mi expediente médico o el de mi hijo. Comprendo que la documentación acerca de mi tratamiento o el de mi hijo y las instrucciones de alta después de una internación en Children's Mercy Hospital, podría entregarse a través del portal MyChildrensMercy. Comprendo que la invitación inicial para crear una cuenta será enviada a la dirección de correo electrónico para anunciar comunicaciones entrantes en MyChildrensMercy. Las contraseñas se deben mantener confidenciales y no se deben compartir con nadie, ya que permiten el acceso a mi información de salud personal o la de mi hijo.

Por la presente, exoneró, eximo, acepto no demandar y liberaré de responsabilidad a Children's Mercy Hospital y a todos los proveedores médicos, funcionarios, empleados, directores, agentes y otro personal médico de los gastos, daños costos o indemnización que de alguna forma estén relacionados con el uso del portal MyChildrensMercy por mi parte o de mi representante designado. Además, acepto liberar de responsabilidad a Children's Mercy Hospital y a sus médicos, sus funcionarios, directores, empleados, otro personal médico y agentes ante cualquier reclamo, demanda o pretensión que de alguna forma estén relacionados con el uso del portal MyChildrensMercy por mi parte o de mi representante designado.

Información del paciente:

Nombre legal completo del paciente	Fecha de nacimiento	Número de expediente médico	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico del paciente	Firma del Paciente	Fecha	

Acceso del representante:

A los usuarios representantes se les otorgará el mismo tipo de acceso que usted reciba.

Nombre impreso del representante	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente
Dirección de correo electrónico	Firma	Fecha

Comprendo que tengo derecho de revocar esta autorización, en cualquier momento y por escrito, ante el Departamento de Administración de la Información de Salud de Children's Mercy Hospital. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que no necesito firmar una autorización específica para divulgar información para el tratamiento, el pago o las operaciones habituales de la atención médica. Puedo negarme a firmar esta autorización; no necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento general en Children's Mercy Hospital. Comprendo que puedo inspeccionar u obtener copias de la información en mi cuenta del portal para pacientes MyChildrensMercy o la de mi hijo. Comprendo que, si se divulga mi información de salud protegida a alguien que no está obligado a cumplir con las protecciones de privacidad federales, entonces dicha información puede volverse a divulgar y ya no se considerará protegida. Si tengo preguntas acerca de la divulgación de mi información, puedo comunicarme con el Departamento de Administración de la Información de Salud de Children's Mercy Hospital al (816) 234-3455.