



Inscripción para la participación en el Portal para pacientes MyChildrensMercy



Términos y condiciones de MyChildrensMercy

Seleccione la declaración correspondiente a continuación (marque UNA opción):

- Soy el padre, la madre o el tutor legal del paciente menor de edad de **0 a 17 años**.
- Soy el paciente y tengo **18 años** o más.
- Soy el paciente y estoy **legalmente emancipado**.

Por el presente documento, solicito voluntariamente el acceso a la información de salud del paciente y la comunicación sobre la información de salud del paciente mediante el Portal para pacientes MyChildrensMercy (Portal para pacientes). Al firmar a continuación, entiendo y acepto lo siguiente:

- He leído, entiendo y acepto cumplir los términos que se encuentran en el Documento de información sobre el Portal para pacientes de CMH (formulario 8071-500).
- Entiendo que el Portal para pacientes debe usarse solo para asuntos médicos de rutina y no para comunicaciones o servicios de emergencia. En caso de emergencia, sé que debo llamar al 911 o dirigirme a una sala de emergencias o a un centro de atención de urgencia.
- Entiendo que CMH se reserva el derecho de no divulgar mi información de salud/la información de salud del paciente en el Portal para pacientes en la medida permitida por la ley y que no toda la información de salud del paciente está disponible en el Portal para pacientes. También entiendo que habrá ocasiones en las que el Portal no esté disponible.
- Entiendo que el Portal para pacientes utiliza métodos estándares de la industria para proteger la información del portal, pero ningún método de almacenamiento o comunicación electrónicos es completamente seguro, por lo que acepto los riesgos de esta forma de almacenamiento y comunicación de mi información de salud protegida/la información de salud protegida del paciente.
- Entiendo que soy responsable de mantener seguros mi identificación de usuario y contraseña del Portal para pacientes, y no debo compartirlas con nadie. Entiendo que CMH no es responsable de la divulgación de la información de salud que resulte de mis acciones.
- Confirmando que estoy legalmente autorizado para acceder a la información contenida en el Portal para pacientes, y notificaré a CMH y dejaré de usar el Portal para pacientes si ya no estoy legalmente autorizado para hacerlo.
- Sé que puedo cancelar mi inscripción o la del paciente (si corresponde), o la de mi apoderado designado en el Portal para pacientes, comunicándome con el Departamento de Gestión de Información de Salud de CMH [llamando al 816-234-3455](tel:816-234-3455) o enviando un mensaje a través del Portal para pacientes al Departamento de HIM. Sin embargo, reconozco que la ley aún puede permitir que el paciente acceda a cierta información. Entiendo que mi acceso al Portal para pacientes se suspenderá cuando el paciente cumpla 18 años en la mayoría de los casos y que CMH puede revocar mi acceso al Portal por otros motivos de conformidad con la política y las leyes.

Información del paciente:

Nombre legal completo del paciente	Fecha de nacimiento	Número de expediente clínico	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Acceso al Portal:

Al inscribirme en el Portal, acepto los términos establecidos en el Documento de información del Portal para pacientes (formulario 8071-500) y los Términos de uso disponibles en <https://www.childrensmrcy.org/about-us/legal/website-terms-of-use/>, así como cualquier término de uso adicional que se encuentre en el Portal para pacientes. Entiendo que la invitación inicial para crear el Portal para pacientes se enviará a las siguientes direcciones de correo electrónico y que se enviarán notificaciones a las mismas direcciones de correo electrónico para anunciar nuevas comunicaciones en el Portal para pacientes.

Nombre en letra de imprenta	Relación con el paciente	Dirección de correo electrónico
Firma	Fecha de nacimiento	Fecha

PERMISO PARA ACCEDER AL PORTAL: PACIENTES ADOLESCENTES (DE 13 A 17 AÑOS)

Si el paciente tiene entre 13 y 17 años, puede inscribirse en el Portal para pacientes con el permiso de uno de los padres o el tutor legal. Si otorga este permiso, no afectará su acceso al Portal para pacientes como padre, madre o tutor legal del paciente menor de edad. Para otorgar permiso al paciente para acceder al Portal para pacientes, complete la siguiente sección. Al proporcionar la dirección de correo electrónico del paciente y firmar a continuación, confirma que el paciente tiene entre 13 y 17 años, y **otorga su permiso** para que CMH le proporcione al paciente acceso al Portal para pacientes. Los pacientes con acceso al Portal están sujetos a los términos establecidos en el Documento de información del Portal para pacientes (formulario 8071-500) y los Términos de uso disponibles en <https://www.childrensmrcy.org/about-us/legal/website-terms-of-use/>, así como cualquier término de uso adicional que se encuentre en el Portal para pacientes.

Dirección de correo electrónico del paciente: _____

Firma del padre/de la madre/del tutor que otorga al adolescente acceso al Portal: _____

Fecha de autorización del acceso al Portal para el paciente: _____