



**Términos y condiciones de MyChildrensMercy**

Al firmar a continuación, confirmo que he recibido, leído y comprendido 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 comprendido los riesgos de usar el portal y los riesgos asociados con la comunicación en línea entre mi médico 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 este acuerdo, y que todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Confirmo 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 de rutina. Comprendo que necesito llamar a mi proveedor 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 registro médico. Comprendo que la invitación inicial para crear una cuenta será enviada a la dirección de correo electrónico que se encuentra a continuación y que las notificaciones se enviarán a la misma 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.

Al usar el portal, acepto liberar de responsabilidad a mis médicos, CMH y a sus entidades afiliadas, y a sus funcionarios, directores, empleados, agentes, sucesores y asociados ante cualquier reclamo o pretensión que de alguna forma estén relacionados con el uso de 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	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 CMH. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. 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 y tener la información dentro del portal para pacientes. 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.