



Nombre del paciente:	_____
Fecha de nacimiento:	_____
N.º de registro médico:	_____

## Autorización para el acceso de un representante adulto a MyDukeHealth

Autorizo y solicito a Duke University Health System\* y a Duke Health Integrated Practice Inc\* ("Duke") que den a mi representante personal designado que se menciona abajo (el "representante") acceso a parte de mi información médica electrónica protegida guardada en Duke MyDukeHealth, incluyendo la información clínica y de facturación.

Nombre del representante	Fecha de nacimiento	Teléfono	Correo electrónico
Dirección	Ciudad	Estado	Código
<b>Postal Información médica electrónica protegida guardada en Duke MyDukeHealth</b>			
Mensajes seguros	Citas	Resultados de pruebas	Medicamentos
Alergias	Vacunas	Atención preventiva	Historia médica
Admisiones al hospital	Seguimiento de mi salud	Facturación y seguro	Cartas de mi cuenta
Diagnósticos	Problemas médicos actuales		

### Entiendo que

- La información que se divulgará en Duke MyDukeHealth puede incluir diagnósticos, tratamientos o medicamentos para la salud mental, el abuso de sustancias o una ETS.
- Puedo **revocar** esta autorización de representante en cualquier momento. Para hacerlo, puedo hacer clic en el botón "Revoke access" (Revocar acceso) mientras estoy conectado a mi cuenta de Duke MyDukeHealth, acceder a la sección "My Account" (Mi cuenta) y luego abrir la subsección "My Family's Records" (Registros de mi familia), donde veré una lista llamada "Who can view my record?" (¿Quién puede ver mi registro?). También puedo pedirle al proveedor que revoque este acceso, llamar al Departamento de Manejo de la Información Médica (Health Information Management) de Duke al 919-684-1700, o enviar un aviso por escrito a **DUHS Health Information Management, Box 3016, Durham, NC 27710**. Esta revocación no afectará las divulgaciones que se hicieron antes de la revocación.
- Puede que el representante **vuelva a divulgar** la información divulgada según la autorización y que la Norma de Privacidad de la HIPAA ya la proteja.
- Esta autorización es voluntaria. Si no firmo o si revoco esta autorización, Duke seguirá ofreciéndome tratamiento y me cobrará los servicios que reciba.
- Esta autorización es válida a menos que revoque el acceso del representante o hasta que lo haga.

### Vencimiento

Entiendo que el acceso a Duke MyDukeHealth es un privilegio, no un derecho, y que mi representante debe aceptar seguir los términos y condiciones de Duke MyDukeHealth. DUHS le dará a mi representante un código de activación e instrucciones para acceder a mi información médica electrónica protegida en Duke MyDukeHealth. Si mi representante no acepta ni cumple en todo momento los términos y condiciones, entiendo que DUHS puede denegar o revocar su acceso a Duke MyDukeHealth. También entiendo que Duke puede denegar o revocar el acceso de mi representante por cualquier motivo y en cualquier momento a su entera discreción.

Firma del paciente

Fecha

\*En adelante, "Duke" hará referencia a Duke University Health System, Inc., Duke University y todas y cada una de sus afiliadas controladas, incluidas, entre otras, Duke University Affiliated Physicians, Inc., (que opera bajo el nombre comercial de Duke Primary Care and Associated Health Services, Inc.) y Duke Health Integrated Practice, Inc. y todas y cada una de sus afiliadas controladas, incluidas, entre otras, la Regional Anesthesia, PLLC y Regional Psychiatry, PLLC.

**Para enviar el formulario completado, use la información de abajo:**

Por correo electrónico a DUHS Health  
Information Management a [ROI-Requestor3@dm.duke.edu](mailto:ROI-Requestor3@dm.duke.edu).  
Por correo postal a DUHS Box 3016, Durham,  
NC 27710. Por fax al 919-620-5165.

### Servicios de interpretación ofrecidos/usados (elija una opción):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No se necesita un intérprete (no hay barrera del lenguaje) | <input type="checkbox"/> Se usó a un proveedor/miembro del personal del centro (proveedor/miembro del personal bilingüe autorizado) |
| <input type="checkbox"/> Intérprete del centro (por video)                          | <input type="checkbox"/> Intérprete del centro (por teléfono)   |
| <input type="checkbox"/> Intérprete del centro (en persona)                         | <input type="checkbox"/> Se rechazó – se obtuvo una exención de idioma (familiar o amigo mayor de 18 años)                          |