

ACCOUNT #  
UNIT #  
ADMIT DATE

DOB  
AGE  
SEX

**FREDERICK MEMORIAL HOSPITAL**

400 West 7th Street  
Frederick, MD 21701

240-566-3300

Patient Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

MR#: \_\_\_\_\_

Or Patient Label

**Portal de Pacientes – FMH CareTrack**  
**Solicitud de Poder y Formulario de Autorización**

***Autorización del paciente***

- Al firmar esta Solicitud de Poder, entiendo que estoy autorizando al FMH a divulgar mi información de salud protegida (PHI) a través del Portal de Pacientes FMH CareTrack (CareTrack) a mi **apoderado**. La información de salud disponible a través de CareTrack puede incluir, pero no se limita a: resumen de salud, lista de problemas actuales, medicamentos actuales, resultados de laboratorio, informes de radiología e información de citas.
- Entiendo que la información de salud disponible para mi apoderado puede incluir información de salud relacionada con: (1) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), (2) pruebas o tratamiento para el uso de sustancias, (3) enfermedades sexualmente transmitidas, o (4) salud mental o psiquiátrica.
- Esta solicitud de poder es efectiva hasta que mi cuenta de CareTrack esté desactivada o el acceso del poder sea revocado por mí.
- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Si quiero revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviarla por correo a: Health Information Management, FMH, 400 West Seventh Street, Frederick, Maryland 21701. Entiendo que dicha revocación no tendrá ningún efecto en ninguna información ya existente o en manos de mi apoderado.
- Esta solicitud de poder incluye los registros creados o existentes en la fecha en que se firmó este formulario o antes, así como los registros que se crean después de la fecha en que se firmó este formulario.
- Entiendo que la información de salud divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario (apoderado) y ya no está protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.
- Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi rechazo a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento. Si me niego a firmar esta autorización, no se otorgará el acceso a mi cuenta de CareTrack a mi apoderado.

***Tutor legal, poder notarial o agente de salud***

- Al firmar esta solicitud de poder, confirmo que todos los documentos proporcionados en apoyo de mi derecho de acceso a la información de salud protegida (PHI) del paciente identificado, son copias verdaderas y correctas y son los documentos más recientes relacionados con este asunto que es de mi conocimiento.
- Entiendo que usaré mi propia cuenta de CareTrack para acceder a la información de salud del paciente.
- Por la presente acepto que, cuando mi autoridad legal para actuar en nombre del paciente haya sido desactivada, revocada, terminada o expirada, notificaré inmediatamente al FMH por escrito acerca del cambio de autoridad y lo enviaré a: Health Information Management, FMH, 400 West Seventh Street, Frederick, Maryland 21701.

***Padres o tutor legal de un paciente menor de edad***

- Al firmar a continuación, verifico que tengo derechos de paternidad o de tutela legal para acceder a la información de salud protegida (PHI) del paciente menor de edad.
- Entiendo que usaré mi propia cuenta de CareTrack para acceder a la información de salud del paciente.
- Confirmando que no existen órdenes judiciales ni órdenes de restricción que limiten mi acceso a los registros de salud y / o información de salud del paciente menor de edad.
- Entiendo que la comunicación en nombre del paciente menor a través de CareTrack debe enviarse desde el registro del paciente menor de edad y las respuestas se recibirán en los registros del paciente menor de edad. Las alertas de correo electrónico de CareTrack se enviarán a la dirección de correo electrónico ingresada en la información del padre / tutor legal ("apoderado").
- Para un niño de 0 a 12 años, se me otorgará acceso completo a los registros de CareTrack del niño. En el cumpleaños número 13 del niño, ya no tendré acceso a los registros de CareTrack del niño, pero puedo obtener los registros médicos del niño de la Oficina de Expedientes Médicos del FMH.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / padre / madre / tutor legal / persona tomando decisión (requerido)

\_\_\_\_\_  
Fecha y hora

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente (requerido)

**For Office Use Only:** Date Received: \_\_\_\_\_

Id Verified:  License  Other: \_\_\_\_\_

Documents Verified:  Court Order  POA  Advance Directive

Birth Certificate  Other: \_\_\_\_\_

Circle one: Approved/Denied by: \_\_\_\_\_



ACCOUNT #  
UNIT #  
ADMIT DATE

DOB  
AGE  
SEX

FREDERICK MEMORIAL HOSPITAL

400 West 7th Street  
Frederick, MD 21701

240-566-3300

Portal de Pacientes – FMH CareTrack  
Solicitud de Poder y Formulario de Autorización

Patient Name: \_\_\_\_\_  
DOB: \_\_\_\_\_  
MR#: \_\_\_\_\_  
Or Patient Label

1. Información del paciente: \*Secciones requeridas; favor imprimir claramente.

\*Nombre (Apellidos, primer nombre, segundo inicial): \_\_\_\_\_  
\*Dirección: \_\_\_\_\_  
\*Ciudad: \_\_\_\_\_ \*Estado: \_\_\_\_\_ \*Código Postal: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
\*Fecha de nacimiento (Mes, día, año): \_\_\_\_\_ \*Teléfono: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

2. Información del apoderado: Todas las secciones son requeridas; favor imprima claramente.

\*Nombre (Apellidos, primer nombre, segundo inicial): \_\_\_\_\_  
\*Dirección: \_\_\_\_\_  
\*Ciudad: \_\_\_\_\_ \*Estado: \_\_\_\_\_ \*Código Postal: \_\_\_\_\_  
\*Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
\*Fecha de nacimiento (Mes, día, año): \_\_\_\_\_ \*Teléfono: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Relación del Apoderado con el paciente (seleccione uno):

<input type="checkbox"/> Tutor legal	<input type="checkbox"/> Agente de Salud	<input type="checkbox"/> Poder Legal
<input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja Doméstica	<input type="checkbox"/> Hijo(a)	<input type="checkbox"/> Madre
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano(a)	<input type="checkbox"/> Amigo(a)
<input type="checkbox"/> Otro: _____		

3. Favor elija uno de los cuadros a continuación que mejor describa el tipo de acceso / poder solicitado. Favor sepa que para toda clase de acceso / poder, el expediente del paciente se accederá por la cuenta del Portal de Pacientes CareTrack.

**Paciente adulto** (acceso a los registros del portal de un paciente adulto).

Seleccione uno:

**Paciente adulto**

- El paciente debe adjuntar una copia de la identificación con foto del paciente y firmar el formulario de solicitud para el representante.
- La autorización para el representante es válida hasta que sea revocada por escrito por el paciente.

**Tutor legal del paciente adulto**

- El tutor debe adjuntar al formulario una copia de la orden de tutela del tribunal de la persona y una copia de la identificación con foto del tutor.
- El tutor legal firma el formulario de Acceso del Representante.
- El tutor legal acepta notificar al FMH de inmediato en caso de cualquier cambio de autoridad.

**Poder legal o agente de salud**

- El individuo debe adjuntar a este formulario una copia de los documentos legales y una copia de su identificación con foto.
- La persona debe firmar el formulario de poder.
- La persona acepta notificar al FMH inmediatamente en caso de cualquier cambio de autoridad.

**Pacientes menores de edad** (el acceso a los registros del Portal de un paciente menor de edad se limita a las personas con derechos parentales o derechos de tutela permanente).  
Mi relación con el paciente menor es (seleccione una):

- **Padre/Madre:** Debe adjuntar una copia de su identificación con foto y presentar un comprobante de parentesco. Los padres firman el formulario de Solicitud para el Poder.
- **Tutor legal permanente:** Debe adjuntar una copia de su identificación con foto y una copia de la orden judicial de tutela de la persona. El tutor firma la Solicitud para el Poder.
- Se le otorgará acceso a los registros del Portal de Pacientes Menores hasta que él / ella cumpla 13 años de edad.
- Cuando un paciente infantil cumpla los 13 años, el acceso a los registros del Portal por parte de un padre o tutor legal terminará.
- Puede recibir una copia del expediente de salud de su hijo hasta que el niño cumpla los 18 años de edad de la Oficina de Expedientes Médicos llamando al (240-566-3440).

**For Office Use Only:** Date Received: \_\_\_\_\_  
Id Verified:  License  Other: \_\_\_\_\_  
Documents Verified:  Court Order  POA  Advance Directive  
 Birth Certificate  Other: \_\_\_\_\_  
Circle one: Approved/Denied by: \_\_\_\_\_

