

## My VCU Health INFORMACIÓN PARA ADULTS O NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS DE EDAD

Notificación: como una cortesía a nuestros pacientes, el VCUHS (Sistema de Salud de VCU) ofrece acceso al portal del paciente bajo el nombre **My VCU Health**. El portal **My VCU Health** es una herramienta segura que brinda acceso a los pacientes a su información clínica, y les facilita el comunicarse con el equipo de atención médica de VCUHS. El presente formulario expone los beneficios y los riesgos de utilizar el portal mencionado.

### Normas y procedimientos del Departamento para el Manejo de la Información Clínica de VCUHS con respecto a My VCU Health

1. El portal proporciona a los pacientes acceso electrónico a ciertos elementos de su información clínica, como lo son el historial clínico, los medicamentos, resultados de exámenes y algunos apuntes del personal médico.
2. El portal facilita el intercambio seguro de mensajes de naturaleza no urgentes entre el paciente y los médicos u otros especialistas.
3. El portal no reemplaza la atención médica en persona, y no es una herramienta apropiada para diagnósticos de emergencia o tratamientos.
4. Acceso para el paciente o el representante (un adulto, que no es el paciente, que se le permite el acceso al expediente clínico):
  - a. Los pacientes entre 0 a 12 años de edad: el niño no tiene acceso; solo los padres o tutor legal tiene acceso como representante.
  - b. Los pacientes entre 13 a 17 años de edad: ni el niño ni el paciente tienen acceso debido a la ley de Virginia con respecto a la confidencialidad de cierta información.
  - c. Los pacientes de 18 años de edad o mayores: tienen acceso propio o también pueden otorgar acceso como representante a cualquier otro adulto(s).
5. Las solicitudes de acceso pueden solicitarse al personal de cualquier lugar clínico:
  - a. En las solicitudes en persona: el personal solicitará al paciente dos formas de identificación (el nombre del paciente y la fecha de nacimiento).
  - b. En las solicitudes por teléfono: el personal solicitará al paciente tres formas de identificación (el nombre del paciente, la fecha de nacimiento y los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social).
  - c. En las solicitudes por medio de un formulario de autorización: el formulario está disponible en el enlace de **My VCU Health** en [www.vcuhealth.org](http://www.vcuhealth.org).
6. El personal del VCUHS envía una invitación por correo electrónico, la cual el paciente o representante debe atender en el lapso de 90 días. Debe seguir las instrucciones en el correo electrónico. El nombre del usuario es la dirección del correo electrónico por el que recibió la invitación. La respuesta a la pregunta de seguridad es los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social del paciente (para menores sin un número de seguridad social, escriba el número de seguridad social de la madre/el padre), o cualquier otro número de cuatro dígitos entregado a la persona que solicitó el acceso. La persona que finaliza la invitación creará una clave.
7. El uso de cuentas con un correo electrónico compartido (por ej. [Losgonzalez@gmail.com](mailto:Losgonzalez@gmail.com)) para el acceso al portal es permitido pero no se recomienda, ya que todas las personas que comparten la cuenta con el correo electrónico y la clave tendrán acceso a la información clínica en el portal del paciente.
8. Para autorizar a un representante, el paciente o representante legalmente autorizado deberán llenar y firmar el formulario de autorización en **My VCU Health**.
9. Para eliminar el acceso del representante, el paciente o el representante legalmente autorizado deben llenar y firmar la sección de eliminar el acceso del representante en el formulario de autorización en **My VCU Health** y enviarlo por correo, fax o correo electrónico al Departamento de Manejo de la Información Clínica de VCUHS.

### Responsabilidades de los usuarios de My VCU Health

Cada usuario es responsable de proteger la confidencialidad de los archivos clínicos, y debe mantener la clave protegida para evitar el acceso no autorizado a la información del paciente. El VCUHS no se responsabiliza por violaciones de confidencialidad que ocurran por el uso no autorizado de dicha información.

- Si sospecha que alguien tiene conocimiento de su clave, debe entrar en **My VCU Health** de inmediato y cambiarla.
- Si se entera de una violación de confidencialidad, debe informarle de inmediato al Departamento de Manejo de la Información Clínica de VCUHS al (804)828-5501.
- Si entra en los archivos clínicos de otra persona a los que no tiene acceso como representante autorizado, no debe leer la información, y debe informar el problema inmediatamente al Departamento de Manejo de la Información Clínica de VCUHS al (804) 828-5501.

### **El formulario de autorización puede enviarse por correo, fax, o entregarse en persona:**

Departamento para el Manejo de la Información Clínica de VCU Health  
La oficina de revelación de información se ubica en el pasillo del 1º piso del Main Hospital, habitación 403A  
P.O. BOX 980679, Richmond, VA 23298-0679  
Correo electrónico: HIM@MCVH-VCU.EDU  
Fax: (804)828-3623 Tel.: (804) 828-5501

## My VCU Health

**\*\*No** utilice este formulario para solicitar acceso al portal del paciente My VCU Health para un niño de 13 a 17 años de edad.

<b>Paciente adulto o niño 0 a 12 años de edad:</b> NOTA: favor de escribir de forma legible		
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Los últimos 4 dígitos del número de seguridad social: (para niños sin número de seguridad social, utilizar el de los padres) U otro número de 4 dígitos:
Dirección postal completa:		
Correo electrónico del paciente:		
NOTA: En caso de ser un correo electrónico, todas las personas que lo comparten tendrán acceso a la información clínica del paciente.		
<input type="radio"/> <b>Otorgar acceso a un representante (un requisito para niños entre 0 a 12 años de edad, opcional para pacientes adultos)</b>		
NOTA: Favor de escribir de forma legible		
Nombre del representante: (para niños entre las edades de 0 a 12, debe ser los padres o tutor legal)	Parentesco con el paciente: ___ Padre/madre    ___ Tutor legal** ___ Otro (especificar) _____	
** La presente solicitud debe acompañarse por una copia del papeleo legal comprobando la representación de la persona como tutor legal.		
Correo electrónico del representante:		
NOTA: En caso de ser un correo electrónico compartido, todas las personas que lo comparten tendrán acceso a la información clínica del paciente.		
<input type="radio"/> <b>Eliminar el acceso del representante</b>		
NOTA: favor de escribir de forma legible		
Nombre del representante a eliminar:	Parentesco al paciente: ___ Padre/madre    ___ Tutor legal** ___ Otro (especifique) _____	
** La presente solicitud debe acompañarse por una copia del papeleo legal comprobando la representación de la persona como tutor legal.		
Correo electrónico del representante a eliminar:		
Con mi firma a continuación confirmo que he leído, entiendo y estoy de acuerdo a cumplir con los procedimientos y las normas para el uso del portal del paciente.		
Firma del paciente adulto o padre/madre o tutor legal del niño entre 0 a 12 años de edad (se requiere)	Fecha en que fue firmado	