





**Formulario de acceso para representante autorizado (Adultos 18+)**

**SOLO PARA USO DE SUTTER HEALTH**  
Nro. de registro del paciente:  
Fecha de nacimiento:

**El receptor solo podrá usar la información sobre mi salud con los siguientes fines:**

Acceder a información y servicios médicos en mi nombre a través de My Health Online. Esta autorización NO le permite a mi representante (1) tomar decisiones sobre mi atención médica en mi nombre NI (2) acceder a mi información médica por otras vías que no sean My Health Online.

Esta autorización será válida hasta que sea revocada por el paciente o un representante autorizado por medios electrónicos o por escrito. Puedo negarme a firmar esta autorización y ello no afectará mi derecho a recibir tratamiento. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por medios electrónicos o por escrito. Si fuera por escrito, la revocación deberá ser firmada por mí o en mi nombre y enviada al Centro de contacto de servicios al paciente. La revocación será válida a partir del momento de su recepción, pero no afectará los usos o las divulgaciones que se hayan hecho mientras la autorización era válida.

Restricción: Las leyes de California prohíben al representante utilizar la información sobre su salud con fines distintos de los especificados en este formulario, a menos que el receptor obtenga otra autorización suya o a menos que dicha divulgación sea exigida o permitida por la ley. Esta medida de protección podría no extenderse a los receptores fuera del estado de California.

**TENGO DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN.**

¿Solicitó una copia? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No  
¿Recibió una copia? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Fax a:** (877) 607-6484

**O Enviar por correo postal a:** Patient Services Contact Center  
(Centro de contacto de servicios al paciente)  
P.O. Box 255386  
A la atención de: Representante de My Health Online  
Sacramento, CA 95865-5386

**SOLO PARA USO DE SUTTER HEALTH**  
Nro. de registro del paciente: \_\_\_\_\_ Departamento / Centro asistencial: \_\_\_\_\_  
Identificación del paciente verificada por: \_\_\_\_\_ Nombre del médico: \_\_\_\_\_