

Медицинский центр Университета Питтсбурга (UPMC)
Форма запроса на назначение доверенного представителя ребенка

Кто такой доверенный представитель?

МуUPMC включает функцию доступа для доверенного представителя, в рамках которой от имени пациента назначенные члены семьи и другие уполномоченные лица получают доступ к выбранной пациентом медицинской информации посредством МуUPMC.

Уважаемый родитель / законный опекун!

Мы понимаем, что вы желаете получить доступ к МуUPMC от имени вашего ребенка на правах его доверенного представителя. В связи с этим для нас важна конфиденциальность медицинской информации вашего ребенка. В отведенных ниже полях просим вас указать требуемую информацию о вашем ребенке (пациенте) и лице, которому вы передаете полномочия его доверенного представителя.

После получения доступа на правах доверенного представителя вы сможете пользоваться функциями МуUPMC, которые могут различаться в зависимости от возраста вашего ребенка.

Обращаем ваше внимание на то, что данная форма неприменима и не может быть использована в отношении пациентов UPMC, проходящих психиатрическое лечение, или в отношении любых пациентов, когда это касается решений о медицинском обслуживании, включая кроме прочего: (1) процедуры / услуги, требующие информированного согласия (и отзыва согласия, если это применимо), (2) поступление и выписка из домов престарелых или иных учреждений долговременного ухода, (3) донорство органов, частей тела или тела для медицинских целей, включая разрешение на вскрытие, и (4) продолжение или отзыв разрешения на поддержание жизнеобеспечения. Для принятия серьезных решений в отношении лечения рекомендуется составить официальную доверенность или составить «завещание о жизни».

Чтобы получить возможность доступа в качестве доверенного представителя, просим вас заполнить форму запроса.

Верните данную форму по адресу: **(*Верните все 3 страницы)**

или

Факс: 724-933-1105

Children's Community Pediatrics
11279 Perry Highway, Suite 450
Wexford, PA 15090

Информация о доверенном представителе (все разделы являются обязательными — пожалуйста, впишите разборчиво печатными буквами.)

Имя (фамилия, имя, средний инициал): _____
Пол — *Пожалуйста, обведите:* Женский или Мужской
Дата рождения: _____
Домашний адрес: _____
Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____
Номер домашнего телефона: _____ Номер сотового телефона: (необязательно): _____
Адрес эл. почты: _____
Кем приходится пациенту: _____

Сведения о ребенке (Пожалуйста, подтвердите правильность приведенной ниже информации. Сообщите в администрацию центра, если данные неверны.)

Имя (фамилия, имя, средний инициал): _____
Пол — *Пожалуйста, обведите:* Женский или Мужской
Дата рождения: _____
Домашний адрес: _____
Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____
Номер(а) телефона: _____

Условия и договор о назначении доверенного представителя в MyUPMC

*Обратите внимание: Условия и договор о назначении доверенного представителя в MyUPMC подлежат изменениям. Вы можете в любое время ознакомиться с самой последней версией условий и договора на веб-сайте MyUPMC.com

1. Я понимаю, что MyUPMC не является средством, которым следует пользоваться в экстренных и неотложных ситуациях. При возникновении экстренной или неотложной ситуации мне следует воспользоваться соответствующими услугами неотложной медицинской помощи.
2. Я понимаю, что MyUPMC является защищенным интерактивным источником конфиденциальной медицинской информации и выписок по счетам. Если я сообщу свое имя пользователя и пароль в системе MyUPMC другому лицу, это лицо сможет просматривать медицинскую информацию обо мне или пациенте.
3. Я соглашаюсь с тем, что в мои обязанности входит выбор конфиденциального пароля, хранение его в надежном месте и изменение этого пароля, если у меня будут основания полагать, что он подвергся какой-либо угрозе.
4. Я понимаю, что MyUPMC содержит *избранную* медицинскую информацию из медицинской карты пациента и что MyUPMC является вспомогательным средством, которое не заменяет собой и не отражает все содержание медицинской карты пациента. Я также понимаю, что MyUPMC содержит информацию, полученную из офисов врачей UPMC, которые пользуются системой электронных медицинских карт UPMC, и что доверенный представитель сможет пользоваться доступом к информации из офисов всех этих врачей. Такая информация может включать данные, связанные с ВИЧ-статусом, психическим здоровьем и лечением от наркотической и алкогольной зависимости.
5. Я понимаю, что в дополнение или вместо избранной информации, которая содержится в системе MyUPMC, я могу получить доступ ко всем медицинским записям пациента в предусмотренных законодательством рамках — для этого мне необходимо обратиться в регистратуру соответствующего отделения UPMC и запросить медицинскую информацию в соответствии с правилами UPMC.
6. Я понимаю, что после получения доступа в качестве доверенного представителя я получу право на следующие действия:
 - запрашивать запись на прием к поставщикам медицинских услуг UPMC, которые также пользуются сервисом MyUPMC, для получения медицинского обслуживания;
 - просматривать избранную медицинскую информацию, доступную в системе MyUPMC;
 - запрашивать определенные интерактивные медицинские услуги в системе AnywhereCare от UPMC;
 - общаться посредством MyUPMC, по телефону или лично с поставщиками медицинских услуг для пациента, которые сотрудничают с UPMC, с помощью MyUPMC для обсуждения анализов, лечения, препаратов, консультаций для пациента и прочих административных вопросов;
 - общаться посредством MyUPMC с бухгалтерией CCP по вопросам, связанным со счетами пациента в UPMC
7. Я понимаю, что в качестве доверенного представителя я смогу запрашивать определенные интерактивные медицинские услуги в UPMC AnywhereCare от лица ребенка. Я принимаю на себя финансовую ответственность за такую услугу, которая включает применимые расходы, если страховка ребенка не покрывает стоимость данной услуги в полном объеме или частично.
8. Я понимаю, что все действия в MyUPMC будут отслеживаться службой компьютерного аудита, а также что введенные данные становятся неотъемлемой частью медицинской карты.
9. Я понимаю, что доступ к сервису MyUPMC предоставлен UPMC в качестве удобной услуги для наших пациентов и что UPMC имеет право запретить доверенному представителю доступ к учетной записи в MyUPMC или учетной записи самого представителя в любое время и по любой причине, включая ситуации, когда UPMC имеет основания полагать, что дальнейшее предоставление доступа к MyUPMC вам в качестве доверенного представителя не в ваших интересах.

10. Право доступа для доверенного представителя ребенка является вспомогательным средством, которое предоставляется исключительно по усмотрению УРМС. Я понимаю, что по достижению возраста 13 лет доступ к медицинской карте ребенка с помощью МуУРМС будет ограничен или запрещен из соображений конфиденциальности. Я понимаю и соглашаюсь с тем, что не имею права требовать объяснений причин прекращения предоставления доступа.
11. Я понимаю, что доверенный представитель автоматически утрачивает право доступа по достижению ребенком 18 лет. В этот момент ребенок может потребовать завести ему индивидуальную учетную запись, либо я могу попросить предоставить мне доступ в качестве доверенного представителя взрослого.
12. Я не должен(не должна) использовать право доступа к МуУРМС в качестве доверенного представителя *в легкомысленных целях или в целях, не связанных с уходом или лечением пациента.*
13. Я понимаю, что право доступа в качестве доверенного представителя предоставляется для ухода за участником МуУРМС. В случае утраты мной права доступа в качестве доверенного представителя я должен(должна) немедленно уведомить об этом УРМС.
14. Я имею право получить копию данной заполненной формы.

Моя подпись ниже является подтверждением того, что я прочитал(а) и понимаю суть данной формы запроса на назначение доверенного представителя ребенка в МуУРМС и соглашаюсь с условиями.

➤ _____ / _____ / _____
Подпись доверенного представителя **Кем приходится пациенту Дата
(Обязательное поле)

****Право выступать в качестве доверенного представителя ребенка предоставляется только биологическим родителям или законным опекунам. Если вы являетесь законным опекуном, вам необходимо будет отправить подтверждающие документы, прежде чем вам будет предоставлен доступ в качестве доверенного представителя ребенка.**