

Autorización del portal del paciente para la persona autorizada

Si usted es un paciente mayor de 13 años y quiere pedir autorización de su representante legal para tener acceso a su cuenta del portal del paciente y otorgar acceso a un adulto con derechos legales para ver su información de salud protegida, por favor complete este formulario. También complete este formulario si es un tutor legal o tiene un poder durable (sin vencimiento) para la atención médica de un adolescente o paciente adulto (mayor de edad) y quiere solicitar acceso en representación de él/ella. Yo comprendo que la información médica disponible en línea no es una copia oficial o completa de mi expediente clínico. Yo comprendo que la solicitud de una copia oficial o completa de mi expediente médico puede tener un costo por gastos administrativos y reproducción del expediente.

Es un requisito que presente documentación que indique que usted tiene el derecho legal para solicitar esta información y actúa como representante debidamente acreditado. La información médica disponible a través del portal del paciente es limitada.

Información del paciente (letra de molde): Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento _____ Correo electrónico: _____

Información del representante (letra de molde): (Persona a la que otorga autorización de acceso a su cuenta en el portal del paciente).

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona postal: _____

Número de teléfono principal: _____ Número de teléfono secundario: _____

Parentesco con el paciente: Madre Padre Tutor Otro parentesco _____

¿Existe una orden judicial o de restricción que limita su acceso a la información clínica del paciente? Sí No

Propósito de acceso a la información: Tutor (legal) Poder legal Continuidad de atención médica

Yo comprendo que la información que se divulgue puede incluir información relacionado con diagnósticos y/o tratamiento de enfermedades mentales, abuso de alcohol/drogas, enfermedades transmitidas sexualmente (STD por sus siglas en inglés), incluyendo VIH o SIDA, resultados de estudios o laboratorio, y discapacidades de desarrollo.

Firma del paciente

Fecha de hoy

Firma del representante autorizado.

Fecha de hoy