



Beacon Patient Portal Consent / Proxy / Revocation

Consentimiento/apoderado/revocación para el portal de pacientes de Beacon

Solicitud para inscribir a un paciente adulto o a su apoderado en el portal de pacientes de Beacon o para revocar el acceso

- Marque aquí si ya tiene un portal de pacientes de Beacon y está autorizando a otra persona (apoderado) que desea que tenga acceso a la información de salud.
- Solicito acceso al portal de pacientes de Beacon para acceder a mi propia información.

Información del paciente

Nombre del paciente (apellido, primer nombre, segundo nombre): _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Dirección : _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Si solicita acceso para usted, proporcione una dirección de correo electrónico única a continuación (escribir en letra imprenta legible):

* Nota: si la dirección de correo electrónico se comparte con otra persona, tendrán acceso a la información del portal.

Conceder acceso a otra persona

Me gustaría otorgar acceso a otra persona al portal de pacientes de Beacon y a la información de salud en línea.

Nombre de la persona que tiene acceso: _____

*Vínculo con el paciente: _____

Proporcione una dirección de correo electrónico exclusiva para esta persona a continuación (escribir en letra imprenta legible):

* Nota: si la dirección de correo electrónico se comparte con otra persona, tendrán acceso a la información del portal.

Revocación del acceso de otra persona

Me gustaría revocar el acceso de otra persona al portal de pacientes de Beacon.

Nombre de la persona cuyo acceso será revocado: _____

*Vínculo con el paciente: _____

Dirección de correo electrónico de la persona que tiene acceso: _____

Firme a continuación

Firma del paciente o persona autorizada (obligatorio) Fecha/hora: _____

Nombre impreso de la persona autorizada, si no es el paciente

Vínculo con el paciente

Cuando se complete el formulario: podrá regresar al Departamento de HIM de las siguientes maneras:

En persona: en el consultorio del proveedor, registro o en el Departamento de Historias Clínicas del Hospital

Correo electrónico: ReleaseOfInformation@BeaconHealthSystem.org

Fax: 574-647-1122 (ATTN: HIM)

Si tiene preguntas sobre la inscripción al portal de pacientes de Beacon, podrá llamar al 574-647-7430