



Beacon Patient Portal Consent — Minors 14-17

Consentimiento para el uso del Portal de Pacientes de Beacon para menores de 14 a 17 años

Autorización de padres y menores para el uso del portal de pacientes de Beacon (para menores de entre 14 y 17 años) para acceder a información de salud en línea. Debe ser padre o tutor legal para firmar esta autorización. Los padres de sustitutos, los tutores temporales y los trabajadores sociales podrán solicitar registros en el Departamento de Historias Clínicas con la autorización correspondiente.

Información del menor

Nombre del menor (Apellido, primer nombre, segundo nombre) _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____ Género: Masculino Femenino

Dirección: _____

Ciudad / estado / código postal: _____

Información del padre / tutor legal (todos los campos son obligatorios)

Nombre del padre / tutor legal (apellido, primer nombre): _____

Todos los apellidos anteriores (de soltera/anterior): _____

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

Dirección de correo electrónico (en letra de imprenta): _____

Dirección: _____

Ciudad / estado / código postal: _____

Vínculo con el menor: Padres biológicos/adoptivos Tutores legales (debe adjuntar prueba de tutela legal)

Autorización de los padres / tutores legales para crear una cuenta en el portal de pacientes de Beacon.

Por la presente, solicito acceso al portal de pacientes de Beacon de este menor. Este acceso expira en el cumpleaños número 18 del menor. Certifico que soy el padre o tutor legal del menor mencionado anteriormente y que toda la información que he proporcionado es correcta. Acepto mantener mi contraseña confidencial y no compartirla con nadie ya que esto permite el acceso a la información de salud personal del menor.

FIRMA

FECHA / HORA

Autorización del menor:

Estoy de acuerdo en permitir que mis padres o tutores legales, mencionados anteriormente, tengan acceso a la información médica en línea en mi Portal de Pacientes de Beacon, así como a cualquier información que podría estar disponible como resultado de la atención médica futura. Entiendo que puedo revocar este acceso en cualquier momento escribiendo una carta al Departamento de Historias Clínicas.

FIRMA

FECHA / HORA

*Para menores de 14 a 17 años, tanto el padre como el menor deben firmar el formulario de consentimiento **en persona** durante el proceso de registro o en el departamento de HIM, o no se les dará acceso al Portal del Paciente. Para preguntas relacionadas con la inscripción en el Portal del paciente, puede llamar al: 574-647-7430*