



Beacon Patient Portal Consent — Minors 13 and Under

Consentimiento para el uso del Portal de Pacientes de Beacon para menores de 13 años

Solicitud y acuerdo para padres y menores para el uso del portal de pacientes de Beacon por parte de menores de 13 años. Debe ser padre o representante legal del paciente. Los padres sustitutos, tutores temporales y trabajadores sociales con la debida autorización podrán solicitar registros del Departamento de Historias Clínicas.

Información del menor

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

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

Dirección: _____

Ciudad / estado / código postal: _____

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

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

Todos los apellidos anteriores (soltera/anterior): _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____ Número de Seguro social: _____

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

Dirección: _____

Vínculo con el menor: _____

Ciudad / estado / código postal: _____

Consentimiento del padre / representante legal para crear una cuenta en el portal de pacientes de Beacon

La invitación inicial para crear una cuenta se enviará a la dirección de correo electrónico mencionada anteriormente. Acepto actualizar Beacon (Beacon Medical Group, Memorial Hospital of South Bend, incluidas las ubicaciones externas y Elkhart General) con cualquier cambio en mi dirección de correo electrónico. 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 dado que esto permite el acceso a la información de salud personal del menor. Si elijo suspender el uso del Portal de Pacientes de Beacon de mi hijo, se requiere una solicitud por escrito para cancelar este acuerdo; pero en todos los casos, mi acceso caducará el día antes de sus decimocuarto (14.) cumpleaños del menor.

FIRMA

FECHA / HORA

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

En persona: en el oficina de su proveedor, registro o el Departamento de Historias Clínicas

Correo electrónico: ReleaseOfInformation@BeaconHealthSystem.org

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

Si tiene preguntas sobre la inscripción en el Portal de Pacientes, podrá llamar al 574-647-7430