



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): _____ SSN: _____

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):

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: _____

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

*Vínculo con el paciente: _____

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

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

_____ Fecha/hora: _____
Firma del paciente o representante legal del paciente

Nombre impreso de la representante legal, si no es el paciente

Vínculo con el paciente

Quando 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