



Beacon Patient Portal Consent — Minors 14-17

Consentimiento para el Portal del Pacientes de Beacon --Menores de 14 a 17 años

Autorización del padre/madre/representante legal y del menor para el uso del Portal del Paciente de Beacon (para menores de 14 a 17 años) para acceder a información médica en línea. Esta autorización debe ser firmada por un padre, madre o representante legal. Los padres de acogida, los tutores temporales y los trabajadores sociales con la debida autorización pueden solicitar historias clínicas en persona el Departamento de Historias Clínicas.

Información del menor

Nombre del menor (Apellido, nombres): _____

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

Domicilio: _____

Ciudad / Estado / Código postal: _____

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

Nombre del padre/madre/representante legal (apellido, nombres): _____

Todos los nombres anteriores (soltera/previo): _____

Número de la Seguridad Social: _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____ Teléfono particular: _____

Dirección de correo electrónico (letra imprenta): _____

Domicilio: _____

Ciudad / Estado / Código postal: _____

Relación con el menor: _____

Autorización del padre / madre / representante legal para crear una cuenta en el Portal del Pacientes de Beacon.

Por la presente, solicito acceso (apoderado) al Portal del Pacientes de Beacon de este menor. El acceso expira cuando el menor cumple 18 años. Certifico que soy el padre, madre o representante legal del menor antes mencionado y que toda la información que proporcioné es correcta. Acepto mantener mi confidencialidad de mi contraseña y no compartirla con nadie, dado que esto permite el acceso a la información médica personal del menor.

FIRMA

FECHA / HORA

Autorización del menor:

Acepto permitir que mi padre, madre o representante legal, antes mencionado, acceda (apoderado) a la información médica en línea en mi Portal del Paciente de Beacon, así como a cualquier información que pueda estar disponible como resultado de la atención médica futura. Revise la siguiente información. Escriba sus iniciales en cada línea para confirmar que recibió la información. Su solicitud de aorderado **no será aceptada** si no confirman todas las líneas con sus iniciales.

____ Las historias clínicas de Salud Conductual (notas del consultorio, documentos del proveedor) se enviarán al Portal del Paciente, excepto las notas de psicoterapia/consejería del proveedor.

____ Los mensajes enviados a través del Portal del Paciente se incluirán en su historia clínica permanente, y su apoderado designado podrá verlos. Quizá desee evitar el envío de información sensible a través de Mensajes, ya que su apoderado la verá.

____ Tiene derecho a solicitar que su proveedor mantenga la privacidad de su historia clínica y NO envíe al Portal información sensible que usted NO desea que vea el apoderado.

____ Comprendo que los resultados de laboratorio y radiología, que podrían contener información sensible, estarán en el Portal del Paciente de Beacon y no se pueden mantener en el ámbito privado.

____ Comprendo que puedo retirar (revocar) este acceso en cualquier momento completando el Formulario de revocación del Portal del Paciente de Beacon, y enviándolo a la Administración de Información Médica (HIM) Departamento de Historias Clínicas.

FIRMA

FECHA / HORA

Para menores de 14 a 17 años, tanto el padre, madre o representante legal como el menor deben firmar el consentimiento en persona durante el proceso de registro o en el departamento de HIM. De otro modo, no se les dará acceso al Portal del Paciente. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el Portal del Paciente, puede llamar al: 574-647-7430