



Revocación para el Portal del Paciente de Beacon

Solicitud para eliminar (revocar) el acceso como apoderado mi Portal del Pciente Beacon

Información del Paciente

Nombre del paente (apellido, nombres): _____ Fecha de naacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____ Número de teléfono: _____

Eliminación (revocación) del acceso como apoderado de otra persona a mi Portal del Paciente Beacon

Deseo eliminar (revocar) el acceso de mi apoderado designado (otra persona) a mi propio Portal del Paciente Beacon.

Nombre del apoderado/persona cuyo acceso debe eliminarse: _____

Relación con el paciente: _____

Dirección de correo electrón del apoderado/persona que debe eliminarse: _____

El acceso se revocará dentro de los 2 a 3 días laborables posteriores a que el Departamento de Gestión de Información de Salud (HIM, por sus siglasen inglés) recib este formulario.

Firme debajo

Firma del paciente o representante legal (requerido) Fecha/Hora: _____

Nombre del paciente o representante legal en letra imprenta

Relación con el paciente

Cuando haya completado el formulario, puede devolverlo al Departamento de Administración de Información Médica (HIM)/ Historias Clínicas de las siguientes formas:

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

Correo electrónico: ReleaseOfInformation@BeaconHealthSystem.org

Fax: 574-647-1122 (A/A: HIM)

Si tiene preguntas sobre la inscripción en el Portal del Paciente My Beacon, llame al: 574-647-7430