



Beacon Patient Portal Consent / Proxy

Consentimiento para el Portal del Paciente de Beacon /Apoderado

Solicitud para inscribir a un paciente adulto o autorizar a un apoderado a acceder al Portal de Paciente de Beacon

- Marque aquí si ya tiene una cuenta en el Portal del Paciente de Beacon y está autorizando a otra persona (apoderado) a acceder a su cuenta de información médica.
- Estoy solicitando acceso al Portal del Paciente de Beacon para tener acceso a mi propia información.

Información del paciente

Nombre del paciente (apellido, primer nombres): _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Domicilio: _____

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

Si solicita acceso para usted, provea una dirección de correo electrónico única a continuación (use letra de imprenta legible):

Autorización de acceso a otra persona (apoderado)

Me gustaría otorgar a otra persona acceso a mi Portal del Paciente de Beacon para mi información médica en línea. Revise la siguiente información. Escriba sus iniciales en cada línea para confirmar que recibió la información. Su solicitud de apoderado **no será aceptada** si no se 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 confidencial 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 pueden mantener en el ámbito privado.
- ____ Comprendo que puedo revocar el acceso a mi apoderado designado en cualquier momento completando un formulario de Revocación del Portal del Paciente de Beacon.

Nombre de la persona a quien se le otorga acceso: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____ Número de teléfono: _____

Provea una dirección de correo electrónico exclusiva de la persona nombrada a continuación (use letra de imprenta legible):

Firme debajo

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

Nombre del 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 el Departamento de Historias Clínicas del Hospital

Correo electrónico: ReleaseOfInformation@BeaconHealthSystem.org

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

Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el Portal de Pacientes, puede llamar al: 574-647-7430