



Beacon Patient Portal Consent — Minors 13 and Under

Consentimiento para el Portal del Pacientes de Beacon --Menores de 13 años

Solicitud y acuerdo para el uso un Portal del Paciente de Beacon para niños de hasta 13 años, por parte del padre/madre/representante legal y menors de edad. 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): _____

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

Dirección de correo electrónico (letra imprenta): _____

Domicilia: _____

Ciudad / Estado / Código postal: _____

Relación con el menor: _____

Consentimiento del padre/madre/representante legal para crear una cuenta en el Portal del Paciente de Beacon

La invitación inicial para crear una cuenta se enviará a la dirección de correo electrónico antes indicada. Acepto informar a Beacon (Beacon Medical Group, Memorial Hospital of South Bend, incluidas las ubicaciones externas y Elkhart General Hospital) de cualquier cambio en mi dirección de correo electrónico. Certifico que soy el padre, madre o representante legal del menors antes mencionado y que toda la información que proporcioné es correcta. Acepto mantener la confidencialidad de mi contraseña y no compartirla con nadie, dado que esto permite el acceso a la información médica personal del menor. Si decido dejar usar el Portal del Paciente de Beacon de mi hijo, es necesario un Formulario de Revocación del Portal del Paciente de Beacon para cancelar este acuerdo pero, en todos los caso, mi acceso vencerá el día anterior a su decimocuart (14) cumpleaños.

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 la historia clínica permanente de su hijo y podrán ser consultados por cualquier persona a la que se haya proporcionado (apoderado). Quizá desee evitar el envío de información confidencial a través de la sección de Mensajes, ya que cualquier persona a la que la haya dado permiso como apoderado para acceder a la información del portal de su hijo podrá verla.

____ Tiene derecho a solicitar al proveedorde su hijo que mantenga los documentos en privacidad y que NO los publique en el portal si hay información confidencial qu NO desea que vea ningún apoderado.

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

FIRMA

FECHA / HORA

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