

Ob/Gyn Biltmore Ob/Gyn Franklin Women's Care Brevard FHC Biltmore FHC Cane Creek
 FHC Newbridge FHC Enka/Candler Deerfield Givens

Bien venido al portal de paciente de FollowMyHealth

Formulario de petición y autorización de poder de acceso al portal de paciente de
Mountain Area Health Education Center, Inc. (MAHEC)

FOR OFFICE USE ONLY:

Reviewed by: _____
Review Date: _____
MRN _____
Medical Records _____
Invite sent by _____ on _____

Información del paciente (es requisito proporcionar toda la información para procesar su autorización de representante):

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____
Apellido Nombre Inicial

Dirección: _____ Últimos 4 dígitos # seguro social _____
Calle Ciudad, estado Código postal (Este será su código de acceso)

Información de poder (Proxy): (persona quien otorga y autoriza a MAHEC dar a conocer datos del Portal del Paciente)

Nombre del apoderado: _____ Fecha de nacimiento _____
Apellido Nombre Inicial

Dirección: _____ Número de teléfono _____
Calle Ciudad, estado Código postal

Dirección de correo electrónico (e-mail) _____ Últimos 4 dígitos # seguro social _____

Por favor marque una de las casillas que describe el pedido de poder de acceso: (Por favor notar que para todos los tipos de poder de acceso, el expediente del paciente será accedido a través de la cuenta del paciente en FollowMyHealth Patient Portal.)

PACIENTE ADULTO

Acceso a los datos de otro/a paciente adulto a través de Patient Portal (Notar: esta sección también es aplicable a menores emancipados. Menores emancipados deben presentar comprobante de emancipación.)

Elija uno:

q Adulto para adulto capaz:

- El paciente debe firmar este formulario para otorgar autorización para dar a conocer información sobre sus datos médicos.
- Autorización de acceso por poder es válido hasta que sea revocado por el paciente.

q Tutor legal de paciente adulto/a: (Adultos que tienen una relación testamentaria con otro paciente/a por orden judicial.)

Elija la opción que mejor describe la tutoría legal:

- q** Tutor legal (por orden judicial)
q Por poder para cuidado de salud
q Otro

- Si es que usted es el/la tutor/a o tiene poder para el cuidado de salud de este paciente, esta solicitud debe estar acompañada de una copia legal verificando su autoridad para tener acceso a la información médica del paciente.
- Debe notificar inmediatamente a MAHEC en caso de cualquier cambio de autoridad.

PACIENTE MENOR DE EDAD

Acceso a datos de su hijo/a menor de edad a través de los datos de Patient Portal.

Individuos que solicitan acceso deben tener derechos de padres o derechos de tutoría legal.

Mi relación al niño/a es:

q Padres

q Tutor legal permanente del *paciente* (*debe adjuntar una copia de la orden judicial asignando la tutoría y cartas verificando el estatus del poder de tutor legal permanente del paciente.*)

Elija uno:

q Adulto para hijo/a paciente de edad 0-10 años: sujeto a la ley de North Carolina, se le cederá acceso completo a los datos de salud de su hijo/a hasta que su hijo/a cumpla 11 años

