

Acceso de representante al portal de paciente de FollowMyHealth

Formulario de solicitud y autorización para acceso de representante 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 _____

SE REQUIERE TODA LA INFORMACIÓN DE ESTE CUADRO PARA PROCESAR LA AUTORIZACIÓN DEL/DE LA REPRESENTANTE

INFORMACIÓN DEL/DE LA PACIENTE

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

Dirección: _____
Calle Ciudad, estado Código postal

INFORMACIÓN DEL/DE LA REPRESENTANTE: (persona a quien usted autoriza a acceder el portal de paciente MAHEC)

Nombre del/de la representante: _____ Fecha de nacimiento _____
Apellido Nombre Inicial

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

Dirección de correo electrónico (e-mail) _____

Por favor marque la casilla abajo que mejor describe el tipo de acceso solicitado: (Por favor note que, para todos los tipos de acceso, el historial del/de la paciente será accedido por la cuenta del/de la representante del portal de paciente FollowMyHealth)

PACIENTE ADULTO/A

Acceso al historial del portal de paciente de otro adulto (*Aviso: esta sección también aplica a los/las menores de edad emancipados/as. Los/las menores emancipados/as deben proporcionar alguna prueba de emancipación.*)

Relación entre el/la representante y el/la paciente adulto/a

Otro adulto

- El/la paciente debe firmar este formulario para autorizar la divulgación de su información médica al/a la representante arriba citado/a a través del portal de paciente MAHEC.
- La autorización del acceso del/de la representante sigue siendo válida hasta que el/la paciente la revoque.

Representante legal del/de la paciente adulto/a: (los adultos que tienen una relación suplente con otro adulto a través de un acuerdo legal.) **Seleccione la opción abajo que mejor describe la relación del/de la representante:**

Tutor/a legal (por orden judicial)

Poder de atención médica (con autoridad actual)

- Si usted es el/la tutor/a legal o actualmente tiene la autoridad otorgada por un poder de atención médica de tomar decisiones para este paciente, se debe adjuntar a esta solicitud una copia de los documentos legales que verifican su autoridad para tener acceso a la información médica del/de la paciente.
- Debe notificar a MAHEC inmediatamente de cualquier cambio de autoridad.

Otro (especifique)

PACIENTE MENOR DE EDAD

Acceso al historial del portal de paciente de su hijo/a menor de edad.

Cualquier individuo que solicita el acceso debe tener la patria potestad o ser nombrado/a por la corte como tutor/a legal del/de la paciente menor de edad.

Mi relación al niño/a la niña es:

Padre/madre

Tutor/a legal del/de la paciente (*se debe adjuntar una copia de la orden judicial en la cual lo/la nombran como tutor/a legal del/de la paciente*)

