

# Bienvenidos a Follow My Health Patient Portal (portal de paciente)

## Formulario de autorización para el portal de paciente de Mountain Health Education Center, Inc. (MAHEC)

Nos complace poder ofrecer a nuestros/as pacientes de las clínicas MAHEC Family Medicine y MAHEC OB/Gyn Specialists la oportunidad de tener acceso a sus propios expedientes médicos confidenciales utilizando el seguro portal de paciente de MAHEC, "FollowMyHealth Patient Portal." Con este formulario completado y firmado por usted, y con una copia de su tarjeta de identidad con foto adjunta, usted está solicitando el acceso al portal de paciente y autorizando a MAHEC usar/divulgar su individualmente identificable información de salud (que puede incluir delicada información, tal como cuidado prenatal, abuso de drogas/alcohol, salud mental, estado de VIH, estudios genéticos, estudios de laboratorio, si son aplicables) al portal de paciente. Los/as pacientes solamente necesitan completar esta solicitud una vez, incluso si tienen citas en las dos clínicas, MAHEC Family Medicine y MAHEC OB/Gyn Specialists.

### INFORMACIÓN NECESARIA DEL/LA PACIENTE (por favor escriba en letra de molde)

Nombre: Nombre \_\_\_\_\_ Inicial de segundo nombre \_\_\_\_ Apellido(s) \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del SS #: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico personal: \_\_\_\_\_

**Necesita adjuntar una copia de su tarjeta de identidad con foto.**

Se supone que el portal de paciente es un medio seguro de internet para usted para tener acceso a su expediente médico confidencial. Por favor fíjese que si usted comparte su nombre usuario y su contraseña con otra persona, esto permitirá a esa persona ver su expediente médico confidencial. MAHEC no asume ninguna responsabilidad con respecto a cualquier violación de seguridad de su información de expediente médico confidencial como consecuencia de que usted ha compartido o perdido su nombre de usuario y/o su contraseña.

Con su firma abajo usted declara que acepta y comprende lo siguiente:

1. El portal de paciente no sustituye la atención médica en persona y yo no debería utilizarlo en caso de emergencias o si necesito atención urgente.
2. La participación en el portal de paciente es enteramente voluntaria y no estoy obligado/a a utilizar el portal de paciente para poder recibir atención médica en las clínicas de MAHEC. Si no firmo este formulario, esto no afectará ni mi cuidado, ni el pago de mi cuenta.
3. Puedo REVOCAR esta autorización en cualquier momento por medio de una solicitud escrita para inactivar mi cuenta en el portal.
4. MAHEC está ofreciendo el acceso a su portal de paciente como una cortesía hacia sus pacientes. MAHEC puede suspender o interrumpir el servicio en cualquier momento por cualquier motivo. MAHEC tratará de proporcionar el portal de paciente sin interrupción, sin embargo, el acceso se proporciona "según disponibilidad". MAHEC no garantiza mi acceso al portal de paciente en cualquier momento que yo elija.
5. Si yo me entero de una posible violación de seguridad de mi información confidencial, por cualquier razón, yo informaré inmediatamente a MAHEC Risk Management al 828-257-4415. Si, por cualquier motivo, yo tengo acceso al expediente médico de otra persona, no leeré esta información y reportaré el problema inmediatamente a MAHEC Risk Management al 828-257-4415.
6. No utilizaré el portal de paciente de cualquier forma que pueda violar las leyes locales, estatales o federales, incluyendo transmitir materiales que son obscenos, difamatorios, abusivos, o que puedan causar daño a otras personas; distribuir los virus informáticos; o cualquier otra acción que pueda perjudicar la privacidad y seguridad del sistema.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Pacientes de MAHEC Family Medicine: por favor entreguen este formulario completado a un/a recepcionista en una de nuestras clínicas de salud de familia.

Pacientes de MAHEC OB/Gyn Specialists: por favor entreguen este formulario completado a un/a recepcionista en nuestra clínica MAHEC OB/Gyn Specialists.

Si usted es paciente de las dos clínicas, MAHEC Family Medicine y MAHEC OB/Gyn Specialists, por favor entregue el formulario completado usando cualquier forma arriba citada.

### OFFICE USE ONLY:

Patient MRN: \_\_\_\_\_

FRONT OFFICE - Photo ID/Signature/Form reviewed by: \_\_\_\_\_ date: \_\_\_\_\_

FRONT OFFICE - Email Entered in Allscripts PM by: \_\_\_\_\_ date: \_\_\_\_\_