

AUTORIZACIÓN DE UN REPRESENTANTE PARA EL ACCESO A LA INFORMACIÓN DE MY HEALTH PORTAL (Mi Portal de Salud)

Al completar este documento se autoriza la divulgación y/o el uso de la información médica individual e identificable, tal como se expone a continuación, consistente con la ley de California y federal acerca de la privacidad de dicha información. **El no proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.**

Por la presente autorizo al siguiente individuo a participar en My Health Portal (Mi Portal de Salud) de Beverly Hospital como mi apoderado:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento del Paciente: _____
Representante/Organización autorizada a utilizar o divulgar la información: **BEVERLY HOSPITAL**

Representante autorizado para recibir la información:

Fecha de Nacimiento del Representante: _____ (Debe tener 18 años o más)

Relación: _____

Número de Seguro Social del Representante: _____

Correo electrónico del Representante: _____

Domicilio del Representante: _____

Número de teléfono de casa y celular del Representante: _____

Entiendo que esta autorización se aplica a toda la información médica contenida en el My Health Portal (Mi Portal de Salud). Esta autorización es válida hasta que sea revocada por mí. Entiendo que es necesaria una solicitud por escrito para revocar o cancelar esta autorización. Sin embargo, entiendo que mi revocación no será efectiva en cuanto a usos y /o divulgaciones ya realizadas en función de esta autorización. Entiendo que la información utilizada y /o divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no estará protegida por las leyes federales de privacidad.

Firma del Paciente _____ Fecha: _____ Hora: _____ A.M. / P.M.

Firma del Representante _____ Fecha: _____ Hora: _____ A.M. / P.M.