



AUTORIZACIÓN DE ACCESO AL REPRESENTANTE

Información del Paciente

Nombre / *First Name*: _____ Apellido: *Last Name*: _____

Fecha de Nacimiento: *DOB*: Mes/ ____ Día/ ____ Año/ _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número Telefónico: _____

Tipo de Acceso para el Representante (13 a 17 años de edad) (marcar con su inicial)

Completo (acceso a toda información médica en el portal del paciente) _____

Tipo de Acceso para el Representante (18 años o mayor) (marcar con su inicial)

Completo (acceso a toda información médica en el portal del paciente) _____

Parcial (acceso a información médica específica en el portal del paciente - atrás en el formulario) _____

Información del Representante

Nombre / *First Name*: _____ Apellido: *Last Name*: _____

Fecha de Nacimiento: *DOB*: Mes/ ____ Día/ ____ Año/ _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número Telefónico: _____ Correo Electrónico: _____

Relación del Representante con el Paciente

Padre: _____

Tutor Legal asignado por la Corte: _____

Esposo/a: _____

En caso de otro, Por favor especificar _____

He leído, entiendo y estoy de acuerdo en dar acceso a mi portal del paciente en East Liberty Family Health Care Center a la persona indicada anteriormente. Junto con esto confirmo que soy el paciente indicado arriba y que toda la información que he proporcionado es correcta. Tengo conocimiento y estoy de acuerdo que al dar acceso, mi representante podrá acceder a mi información médica protegida.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma del Testigo: _____

Fecha: _____

Acceso Parcial para el Representante incluye:

- Acceso a página principal
- Demografía: Actualización de Dirección y Farmacia
- Información a la Sección Demográfica del Paciente
- Acceso a Cuentas Actuales
- Acceso a Cuentas Anteriores
- Plan de Tratamiento Dental
- Dirección a ubicaciones de oficinas médicas
- Acceso a horarios de atención y ubicación
- Listado de Profesionales de la Salud
- Signos Vitales y Notas Médicas (para pacientes menores de 18 años)
- Inmunizaciones Previas
- Solicitud Historial de Inmunizaciones con Formulario Estatal
- Prueba Compatibilidad Televisita, Televisita Preguntas Frecuentes
- Pólizas de ELFHCC Publicadas en el Portal