



PORTAL DEL PACIENTE
FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACCESO Y CONSENTIMIENTO DEL APODERADO

NOMBRE DEL PACIENTE	Fecha de nacimiento	FECHA	
DIRECCIÓN	CIUDAD	CALLE	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO MÓVIL		

INFORMACIÓN DEL APODERADO**COMPLETE ESTE FORMULARIO EN SU TOTALIDAD PARA CONCEDER EL ACCESO.**

Tenga en cuenta que el acceso del Apoderado al Portal del Paciente puede llevar de 3 a 5 días.

Autorizo al Callier Center a conceder a la persona nombrada ("Mi Apoderado") el acceso especificado a continuación a mi historial médico del Callier Center disponible en el Portal del Paciente. Se creará una cuenta Healow/Portal del Paciente para la persona nombrada ("Mi Apoderado") una vez que se haya procesado este formulario. Se debe acceder a la información a través del Portal del Paciente Callier.

INFORMACIÓN DEL APODERADO**(Escriba claramente)**

NOMBRE DEL APODERADO	Fecha de nacimiento		
DIRECCIÓN	CIUDAD	CALLE	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		

ACCESO DEL APODERADO**ACCESO COMPLETO -**

- Fecha de caducidad: ____/____/____
- Válido mientras mi Apoderado participe en mis cuidados

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE:

Entiendo y acepto que:

- Esta autorización es voluntaria. No estoy obligado a designar un apoderado para el Portal del Paciente. Mi tratamiento no se verá afectado, firme o no esta Autorización.
- Esta Autorización es válida durante el tiempo especificado anteriormente, a menos que la revoque/retire. Puedo revocar/retirar esta Autorización, excepto que se hayan tomado medidas antes de recibir la revocación/retirada, enviando por correo o fax mi solicitud por escrito junto con una copia de la Autorización original a Callier Center.
- Una vez que Callier Center divulgue la información sanitaria solicitada, es posible que deje de estar protegida por las leyes de privacidad federales y estatales, y podría volver a ser divulgada por Mi Apoderado.
- La información médica divulgada puede contener datos relacionados con el estado serológico respecto a VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, abuso de drogas y alcohol u otra información sensible.



**PORTAL DEL PACIENTE
FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACCESO Y CONSENTIMIENTO DEL APODERADO**

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, entiendo y acepto los términos indicados anteriormente y los Términos y Condiciones de Uso relacionados con el Portal del Paciente del Callier Center.

FIRMA DEL PACIENTE ÚNICAMENTE

FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

Si usted NO es el paciente pero firma en su nombre, complete el siguiente formulario.

Yo, _____, soy el
(ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA)

(marque lo que proceda)

- Padre o madre con patria potestad (solo se aplica a hijos menores de 18 años)
- Tutor legal
- Agente sanitario legalmente designado y el paciente discapacitado
- Poder médico y paciente discapacitado

Firma del representante: _____ Date: ____/____/____
(obligatorio)

Dirección: _____ Teléfono: _____

DEBE adjuntar prueba de su autoridad para actuar en nombre del paciente según lo marcado anteriormente (que no sea el padre o la madre).

Por favor, complete y devuelva este formulario junto con la documentación requerida a:

- 1) Recepción del Callier Center en cualquier ubicación.
- 2) Envíelo por fax a la Atención: Registros Médicos al número 972-883-3016.
- 3) Envíelo por correo a la Atención: Registros Médicos a cualquiera de las direcciones que se indican a continuación.

¡Gracias por su cooperación!