SPOC8190

Portal para pacientes de St. Bernards MyHealth
Autorización de representación de adultos

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre completo del paciente (nombre, segundo nombre, apellido): _____

Dirección del paciente: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Teléfono del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

INFORMACIÓN DEL APODERADO

Nombre completo del apoderado (nombre, segundo nombre, apellido): _____

Dirección postal del apoderado: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Teléfono del apoderado: _____ Fecha de nacimiento del apoderado: _____

Correo electrónico del apoderado: _____

¿Cuál es la relación del apoderado con el paciente? _____

St. Bernards se reserva el derecho de revocar el acceso del apoderado en cualquier momento. Cualquier persona a la que se le otorgue acceso como apoderado solo podrá acceder a la información y los servicios médicos en nombre del paciente a través del Portal para pacientes MyHealth de St. Bernards. Esta autorización NO permite que el apoderado (1) tome otras decisiones de atención médica en nombre del paciente o (2) acceda a la información de salud del paciente de otro modo que no sea a través del Portal para pacientes St. Bernards MyHealth en línea.

El paciente puede revocar el acceso del apoderado en cualquier momento dentro del Portal del Paciente St. Bernards MyHealth o mediante solicitud por escrito.

Si una persona con acceso de apoderado pierde el derecho legal de tener acceso de apoderado para el paciente, el apoderado debe notificar a St. Bernards inmediatamente sobre ese cambio y no debe acceder a la cuenta del Portal del Paciente St. Bernards MyHealth del paciente en ningún momento después de que los derechos legales del apoderado a la información personal o de salud del paciente hayan expirado o se hayan finalizado. Si el apoderado intenta acceder a información que ya no tiene derecho a recibir, St. Bernards se reserva el derecho de revocar o suspender el acceso del apoderado al Portal del paciente St. Bernards MyHealth y de tomar cualquier acción legal apropiada.

AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO DE APODERADO

Por la presente, autorizo al apoderado mencionado anteriormente a tener acceso a mi cuenta del Portal del paciente St. Bernards MyHealth.

Firma del padre/tutor legal: _____**Fecha:** _____

Relación con el paciente: ☐ Yo mismo ☐ * Tutor legal / Apoderado notarial / Conservador

* Si alguien que no sea el padre firma esta autorización, la documentación legal debe acompañar la solicitud.

DEVUELVA LOS FORMULARIOS POR CORREO ELECTRÓNICO O FAX:

Correo electrónico: patientportal@sbrmc.org

Fax: (870) 207-6538

LOS FORMULARIOS SE PUEDEN ENVIAR POR CORREO O ENTREGAR A:

St. Bernards Medical Center
Attn: Medical Records
225 E. Washington Ave.
Jonesboro, AR 72401