

Medical Record # _____

ROI # _____

Proxy Photo ID Verified: _____

Legal Guardianship Verified: _____

Información del paciente

Nombre completo _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección de correo electrónico _____ Número de seguro social XXX-XX-_____(4 últimos dígitos)
Dirección _____
Teléfono de día # _____ Cel # _____ Ciudad Estado C.P.

Información del apoderado

Nombre completo _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección de correo electrónico _____ Número de seguro social : XXX-XX-_____(4 últimos dígitos).
Relación con el paciente _____ Se debe enviar a BCH un formulario de revocación del apoderado firmado / notariado lo antes posible, incluso si se ha obtenido un permiso verbal. : Sí No
Dirección _____
Teléfono de día # _____ Cel # _____ Ciudad Estado C.P.

Tipo de acceso solicitado para el apoderado

Registros Médicos Datos de Facturación Ambos

Reconocimiento

- Entiendo que, al enviar este formulario, he solicitado a la persona indicada anteriormente que actúe en mi nombre (un "apoderado") para obtener información sobre mi salud incluida en mi expediente médico electrónico.
- Entiendo que mi información médica es confidencial. *Boulder Community Health* lo mantiene de forma segura en un sistema electrónico.
- Entiendo que el incumplimiento del Acuerdo de usuario del portal para pacientes de *MyBCH Health Services* puede resultar en la terminación de los privilegios de acceso al portal.
- Entiendo que los servicios de salud *MyBCH* del paciente **pueden** incluir un diagnóstico o referencia a las siguientes afecciones: *servicios de salud conductual / atención psiquiátrica; anemia falciforme; Prueba genética; síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH); o abuso de drogas y / o alcohol.*
- Entiendo que la información a la que se accede puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del apoderado y ya no está protegida por la regla de privacidad de HIPAA.
- Entiendo que si se otorga el acceso al portal del paciente de *MyBCH Health Services* para pacientes, el acceso permanecerá vigente hasta que se revoque por escrito.
- Entiendo que si se revoca el acceso al Portal del Paciente de *MyBCH Health Services*, la información que vieron anteriormente las personas mencionadas no se consideraría una violación de la confidencialidad.
- *Boulder Community Health* se reserva el derecho de revocar el acceso al portal para pacientes de *MyBCH Health Services* en cualquier momento y por cualquier motivo.
- Reconozco que he leído y entiendo este formulario de acceso de apoderado para menores (12-17) y que los Términos y Condiciones completos del portal para pacientes de *MyBCH Health Services* están disponibles en línea. Estoy de acuerdo con sus términos y elijo designar a la persona nombrada anteriormente como mi Apoderado del Portal del Paciente, lo que le permite acceder a mi cuenta del Portal.
- Entiendo que el acceso del apoderado finalizará cuando el paciente cumpla 18 años y que el acceso futuro al portal por el apoderado deberá restablecerse completando una nueva autorización de acceso de apoderado.

Se requiere una firma para validar esta solicitud. Al firmar este formulario, el firmante solicita que las personas mencionadas anteriormente tengan acceso para ver electrónicamente el registro médico del paciente a través de *MyBCH Health Services*.

Firma y nombre IMPRESO del paciente

Fecha

Enviar formulario completo a

Para consultas o presentar formularios con identificación en persona : Departamento de registros médicos de salud comunitaria de Boulder
4990 Pearl East Circle, Suite 100, Boulder. 303-415-7760.

Solicitud de acceso de apoderado para MENORES (12-17)



DATOS DEL PACIENTE

Place label here.