

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-_____(últimos 4 dígitos)
Dirección _____
Teléfono de día _____ # de Cel _____ Ciudad Estado C.P.

Información del apoderado

Nombre completo _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección de correo electrónico _____ Número de seguro social: XXX-XX-_____(últimos 4 dígitos)
Relación con el paciente _____ Tengo mi propia cuenta personal de *MyBCH Health Services*: Sí No
Dirección _____
Teléfono de día _____ # de Cel _____ Ciudad Estado C.P.

Tipo de acceso solicitado por el apoderado

Registros médicos Datos de facturación Ambos

Reconocimiento

- Entiendo qué 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 qué mi información médica es confidencial. *Boulder Community Health* lo mantiene de forma segura en un sistema electrónico.
- Entiendo qué 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 qué 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 qué la información a la que se accede puede estar sujeta a que el Apoderado vuelva a divulgarla y ya no está protegida por la regla de privacidad de HIPAA.
- Entiendo qué si se concede el acceso al portal del paciente de *MyBCH Health Services* para pacientes, el acceso permanecerá en vigor hasta que se revoque por escrito.
- Entiendo qué si se revoca el acceso al Portal del Paciente de *MyBCH Health Services*, la información vista anteriormente por las personas mencionadas anteriormente 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 qué he leído y comprendido este formulario de acceso de apoderado para adultos (18+) 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 Representante del Portal del Paciente, lo que le permite acceder a mi cuenta del Portal.

Se requiere una firma para validar esta solicitud. Al firmar este formulario, el firmante solicita que se conceda acceso a las personas mencionadas anteriormente 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 ADULTO (+18) para el apoderado



DATOS DEL PACIENTE

Place label here.