

Autorización para Revocar el acceso del apoderado al portal del paciente

* Este formulario debe completarse para revocar el acceso de apoderado a su portal de pacientes *

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de teléfono _____ Dirección de correo electrónico: _____

Solicito que la siguiente persona sea revocada como mi apoderado en el portal para pacientes de *Boulder Community Health*.

Nombre del apoderado: _____

Relación con el paciente _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección de correo electrónico del apoderado _____

Al firmar esta autorización, solicito que *Boulder Community Health* revoque el poder antes mencionado para que no pueda acceder al portal para pacientes de *MyBCH Health Services*. Entiendo que esto revoca mi acceso en línea por poder a mi información médica personal. Mi apoderado ya no podrá ver la información contenida en el portal para pacientes de *MyBCH Health Services* que yo pueda ver.

Entiendo que *Boulder Community Health* revocará el acceso de apoderado de este usuario al Portal para pacientes de *MyBCH Health Services* y cualquier uso de mi portal personal para pacientes.

La autorización firmada anteriormente que otorga el acceso de apoderado ya no es válida y la revoco. Entiendo que esta solicitud por escrito es necesaria para revocar o cancelar esta autorización. Sin embargo, entiendo que la revocación no entrará en vigor de inmediato, sino al siguiente día hábil. Me doy cuenta de que la información utilizada y / o divulgada antes de esta autorización de poder revocada puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no está protegida por las leyes federales de privacidad.

Reconocimiento del paciente

Firma del Paciente o Representante Legal _____ (incluya la relación con el paciente)

Fecha _____ Hora _____

**TRAER DOCUMENTOS Y UNA FORMA DE IDENTIFICACIÓN EN PERSONA - AL DEPARTAMENTO DE REGISTROS MÉDICOS EN
4990 PEARL EAST CIRCLE, SUITE 100, BOULDER**

Se ha obtenido permiso verbal. Razón por la que la revocación verbal es necesaria _____

Nombre del personal que completa _____ en fecha _____ hora _____ de la revocación.

Se debe enviar a BCH un formulario de poder revocado firmado / notariado lo antes posible, incluso si se ha obtenido un permiso verbal.