

Este formulario es una autorización que permitirá a RMC / RFH divulgar su información médica a ciertas personas adultas designadas. Este formulario debe ser llenado por el paciente adulto que está autorizando a otro adulto para acceder a la información médica en el Portal del Paciente del RMC.

Responda utilizando LETRA DE MOLDE (excepto la firma) y proporcione información completa en cada sección

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Nombre legal completo del paciente	Fecha de nacimiento	Género		
Dirección postal completa	Ciudad	Estado	Código postal	
Número de teléfono				

Al firmar este formulario, solicito que la(s) persona(s) nombrada(s) a continuación tenga(n) acceso para ver electrónicamente mi expediente médico de RMC / RFH a través del Portal del Paciente de RMC

ADULTO AUTORIZADO 1				
Nombre legal completo del paciente	Número de teléfono	Fecha de nacimiento	Parentesco con el paciente	
Dirección postal completa	Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección de correo electrónico				

ADULTO AUTORIZADO 2				
Nombre legal completo del paciente	Número de teléfono	Fecha de nacimiento	Parentesco con el paciente	
Dirección postal completa	Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección de correo electrónico				

Proporcione las firmas al reverso.



Portal del Paciente - Autorización de adulto

- Esta autorización es voluntaria. Entiendo que no estoy obligado a designar a la(s) persona(s) arriba mencionada(s) y que no es obligatorio proporcionar esta autorización. Entiendo que el RMC/RFH no condiciona ningún tratamiento de atención médica, evaluación, pago u otros servicios en función de que proporcione esta autorización. Entiendo, sin embargo, que si no proporciono esta autorización, el RMC/RFH no está autorizado a proporcionar acceso a mi expediente en el Portal del Paciente de RMC a la(s) persona(s) mencionada(s).
- Entiendo que al firmar esta solicitud, estoy autorizando a la(s) persona(s) mencionada(s) a consultar y ver Electrónicamente mi expediente médico a través del Portal del Paciente de RMC. Este formulario no autoriza la divulgación de mis expedientes médicos por otros métodos o en otras formas. Entiendo que toda la información disponible en mi Portal del Paciente de RMC también se pondrá a disposición de la(s) persona(s) autorizada(s) y el RMC/RFH no tiene la capacidad de limitar la información vista por la(s) persona(s) autorizada(s). Más aún, RMC/RFH no tiene ningún control sobre lo que la persona autorizada haga con la información a la que ha tenido acceso. También reconozco que: 1) la persona o personas autorizadas pueden volver a divulgar la información sin la debida autorización, y 2) una vez divulgada la información, la misma podría dejar de estar protegida por la regulación federal sobre privacidad
- Entiendo que puedo optar por revocar el acceso en cualquier momento.
- Si decido cancelar este consentimiento en una fecha posterior, debo enviar una notificación por escrito al Departamento de Servicios de Información de Salud, Centro Médico Regional, 709 West Main Street, Manchester, IA 52057.
- Si se cancela este consentimiento, entiendo y reconozco que la información vista previamente por la(s) persona(s) mencionada(s) no se consideraría una violación de la confidencialidad

Este acuerdo y autorización se mantendrá vigente hasta que sea cancelado por mí o por mi apoderado de asistencia médica, si procede, de acuerdo con el proceso descrito anteriormente. Entiendo que RMC / RFH se reserva el derecho de revocar el acceso de la(s) persona(s) autorizada(s) en cualquier momento y por cualquier motivo

--	--

Firma del paciente

Fecha

O

--	--

Firma del apoderado o tutor legal

Fecha

* (La copia del poder notarial duradero completado para la asistencia médica o el nombramiento del tutor legal deben estar en el expediente)

--

Firma de Testigo

Devuelva el documento debidamente llenado al

Health Information Services Department
 Regional Medical Center
 709 West Main Street, PO Box 359
 Manchester, IA 52057



Portal del Paciente - Autorización de adulto