

Capital Health

Representante autorizado para acceder al portal del paciente

Los pacientes pueden conceder a los representantes autorizados el acceso a su portal del paciente en Capital Health. El representante autorizado podrá ver su información dentro del portal del paciente. Esto podría incluir información sensible relacionada con el abuso de sustancias (incluyendo el abuso de alcohol/drogas), la salud mental y la información relacionada con el VIH/SIDA (incluyendo los resultados de las pruebas), pero sin limitarse a ello.

Nombre de pila del paciente: _____ Apellido del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Dirección de la calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información del representante autorizado

Nombre de pila: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Dirección de la calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Relación: _____ Número de teléfono de casa: _____

Número de teléfono móvil: _____ Número de teléfono del trabajo: _____

Por la presente designo a la siguiente persona como representante autorizado para acceder a mi cuenta del portal del paciente. Al firmar este documento, reconozco que he leído y comprendido la información anterior y concedo a este representante autorizado el acceso a mi información médica personal del portal del paciente. La información médica que se divulgue en virtud de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está protegida por la ley estatal o federal. Este representante autorizado es efectivo a partir de la fecha que figura a continuación y estará en vigor a menos que sea revocado por mí. Entiendo que puedo revocar este representante autorizado en cualquier momento completando el formulario "Cancelación del representante autorizado anteriormente para acceder al portal del paciente".

Firma del paciente

Fecha

Hora

Firma del testigo

Fecha

Hora

Se hará todo lo posible para tramitar esta solicitud en un plazo de diez (10) días hábiles.

Envíe por correo su formulario completado a:

O envíe por fax su formulario completado a:

Capital Health
One Capital Way
Pennington, NJ 08534
Attn: Health Information Management

609-303-4093

*****Para uso interno*****

Fecha de ejecución: _____ Procesado por (Nombre): _____