

Información del Paciente (Patient Information)

Nombre completo (Full Name) _____ Fecha de nacimiento (DOB) ____/____/____
 Correo electrónico (Email address) _____ Número de Seguro Social (SSN): XXX-XX- _____ (últimos 4 dígitos)
 Teléfono (Phone) _____ Celular (Cell) _____

Información del Representante Legal (Proxy Information)

Nombre completo (Full Name) _____ Fecha de nacimiento (DOB) ____/____/____
 Correo electrónico (Email address) _____ Número de Seguro Social (SSN): XXX-XX- _____ (últimos 4 dígitos)
 Relación con el paciente _____ Tengo mi propia cuenta en el Portal del paciente de TRMC: Sí No
 (Relationship to patient) (I have my own personal TRMC Patient Portal account)
 Teléfono (Phone) _____ Celular (Cell) _____

Aviso Legal (Acknowledgement)

- Entiendo que me pueden pedir que presente documentación legal (p. ej., tutela o poder de representación legal). Debo tener derechos parentales o derechos de tutela legal para acceder al registro de este niño/a.
- Declaro que no se me han negado períodos de tenencia compartida con el/la niño/a y que no hay órdenes judiciales o de restricción que limiten mi acceso a los registros médicos o información de este/a niño/a.
- Entiendo que existen limitaciones de edad para los servicios del Portal del Paciente de la clínica de Telluride (*TRMC* por sus siglas en inglés). Dichas limitaciones no afectan ningún derecho legal que tengo para acceder al registro del/la niño/a por otros medios. Puedo solicitar una fotocopia del registro del/la niño/a comunicándome con *TRMC*.
- Entiendo que, para un/a niño/a de 0 a 11 años, se me otorgará acceso completo al Portal del/la niño/a, y que, cuando cumpla 12 años, tendré acceso limitado a menos que se firme el Formulario para el Representante Legal del Adolescente.
- Entiendo que, al entregar este formulario, yo, en calidad de padre/madre o tutor/a legal, he solicitado acceso a la información del paciente mencionado anteriormente, información que se encuentra en el portal de registros electrónicos de salud (Portal del Paciente de *TRMC*).
- Entiendo que la información médica del/la niño/a es confidencial y *TRMC* la mantiene de forma segura en un sistema electrónico.
- Entiendo que el incumplimiento del Acuerdo de Usuario del Portal del Paciente de *TRMC* puede poner fin a los privilegios de acceso a dicho portal.
- Entiendo que el Portal del/la niño/a puede incluir un diagnóstico o hacer referencia a la(s) siguiente(s) condición(es): *servicios de salud mental o psiquiátrica; salud reproductiva; anemia de células falciformes; pruebas genéticas; síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH); o abuso de drogas o alcohol.*
- Entiendo que, si dejo de ser responsable de las decisiones de atención médica del/la niño/a, notificaré a *TRMC* de inmediato.
- Entiendo que *TRMC* se reserva el derecho de revocar el acceso al Portal del Paciente en cualquier momento y por cualquier motivo.
- Reconozco que he leído y entiendo esta Solicitud para el Representante Legal de un Menor de Edad (de 0 a 11 años) y que los Términos y Condiciones del Portal del Paciente de TRMC están disponibles en línea.
- Entiendo que esta autorización para acceder a la cuenta del Portal del Paciente de *TRMC* del/la niño/a vencerá automáticamente en las siguientes circunstancias (lo que ocurra primero): a los 18 años del paciente; si *TRMC* recibe notificación y documentación de que ya no soy el/la tutor/a del niño; si *TRMC* recibe notificación y documentación de que existe una orden judicial u orden de restricción vigente que limitaría mi acceso a los registros médicos o a la información del/la niño/a; cuando se desactive la cuenta del Portal del Paciente de *TRMC* del/la niño/a; o cuando se revoque esta autorización.

Se requiere una firma para validar esta solicitud. Al firmar este formulario, el firmante solicita que a la(s) persona(s) nombrada(s) anteriormente se le(s) otorgue acceso para ver electrónicamente el registro médico del paciente a través del Portal del Paciente de *TRMC*.

Firma y nombre del paciente/representante(s) legal(es) (incluir relación con el paciente) _____ Fecha _____
 [Signature and PRINTED Name of Patient/Legal Representative (include relationship)] [Date]

PRESENTAR DOCUMENTACIÓN NECESARIA Y UNA IDENTIFICACIÓN EN LA CLÍNICA:
[BRING PAPERWORK AND A FORM OF IDENTIFICATION IN PERSON TO]:

Centro Médico Regional de Telluride
 500 West Pacific Ave Telluride, CO

Office Use Only:

Pt Photo ID verified: _____
 Date received: _____
 Date completed: _____