TELLURIDE REGIONAL MEDICAL CENTER

REVOCACIÓN DE ACCESO DEL REPRESENTANTE LEGAL AL PORTAL DEL PACIENTE
[REVOKE Proxy Access to Patient Portal Authorization]

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) _____

Solicito que se revoque el acceso al Portal del Paciente de *TRMC* al representante legal que a continuación se menciona.
[I request the following individual to be revoked as my Proxy in the TRMC Patient Portal:]

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)

- Al firmar esta autorización, solicito que la clínica de Telluride (*TRMC* por sus siglas en inglés) revoque el poder otorgado con anterioridad a mi representante legal, el cual le permitía acceder a mi Portal del Paciente de *TRMC*. Entiendo que este formulario revoca el acceso en línea de mi representante legal a mi información de salud y que ya no podrá ver la información publicada en mi Portal de *TRMC*.

- Entiendo que *TRMC* revocará el poder otorgado a mi representante legal, el cual ya no será usuario de mi Portal ni podrá usar la información allí contenida.

- La autorización previamente firmada para otorgarle acceso a mi información a mi representante legal ya no es válida y la revoco. Entiendo que esta solicitud por escrito es necesaria para revocar o cancelar dicha autorización. Sin embargo, entiendo que la revocación no será efectiva de inmediato, sino al siguiente día hábil. Entiendo que la información utilizada y/o divulgada antes de esta revocación puede estar sujeta a ser divulgada nuevamente y ya no está protegida por las leyes federales de privacidad.

_____ _____
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: _____