

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) _____

Acknowledgement

- Entiendo que, al enviar este formulario, he solicitado a la persona indicada anteriormente para que actúe en mi nombre como mi representante legal, para obtener Información sobre mi salud incluida en mi registro electrónico.
- Entiendo que mi información médica es confidencial y que la clínica de Telluride (*TRMC* por sus siglas en inglés) la mantiene de forma segura en un sistema electrónico.
- Entiendo que el incumplimiento del Acuerdo del Usuario del Portal del Paciente de TRMC puede poner fin a los privilegios de acceso a dicho portal.
- Entiendo que mi Portal del Paciente de *TRMC* **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 la información a la que se accede puede ser divulgada por parte del representante legal y ya no estará protegida por las normas de privacidad de *HIPAA*.
- Entiendo que, si se revoca el permiso para que el representante legal acceda a mi Portal del Paciente, la información vista previamente por la(s) persona(s) mencionada(s) no se consideraría violación de confidencialidad.
- *TRMC* se reserva el derecho de revocarle acceso al representante legal al Portal del Paciente de *TRMC* en cualquier momento y por cualquier motivo.
- Reconozco que he leído y entiendo esta Solicitud para el Representante Legal de un Adolescente (de 12 a 17 años) y que los Términos y Condiciones del Portal del Paciente de TRMC están disponibles en línea. Acepto los términos y elijo designar a la persona mencionada anteriormente como mi representante legal en el Portal del Paciente, permitiéndoles así acceder a mi cuenta.
- Entiendo que este acceso se cancelará automáticamente en las siguientes situaciones (lo que ocurra primero): en mi cumpleaños número 18; si *TRMC* recibe notificación y documentación de que el adolescente cambió de representante legal; si *TRMC* recibe notificación y documentación de que existe una orden judicial u orden de restricción vigente que le limitaría al representante legal el acceso a registros médicos u otra información; cuando la cuenta del Portal del Paciente se desactive; o cuando se revoque esta autorización. El acceso futuro al Portal por poder tendrá que restablecerse completando una nueva autorización de Solicitud para el Representante Legal de un Adolescente.

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 Fecha
[Signature and PRINTED Name of Patient] **[Date]**

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: _____