



## Autorización de Apoderado del Portal del Paciente

### IDENTIFICACIÓN CON FOTO ES REQUERIDA

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

Por colocación de mi firma, por la presente, Yo por este medio notifico a Southwest Medical Center que yo he designado al siguiente individuo o individuos como mi apoderado/apoderados del portal de salud:

#### Apoderado #1

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

---

#### Apoderado #2

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Como mí apoderado del portal de salud, cualquiera de los individuos nombrados arriba pueden tener acceso a cualquiera de mi información de salud protegida (PHI), por el Portal de Pacientes de Southwest Medical Center. Cualquiera de los apoderados del portal de salud tendrán el mismo acceso y privilegios al igual que yo tengo para el Portal del Paciente. Mis apoderados podrán mirar esas porciones de mi expediente que yo puedo mirar. Adicionalmente, conforme Southwest Medical Center continua implementando este producto, mas información será disponible para mirar por mis apoderados de cuidado de salud.

Al firmar esta Autorización, Yo doy la orden que Southwest Medical Center puede, a dar acceso a mis apoderados al Portal de Paciente. Entiendo que Southwest Medical Center puede a su única opción, requiere a mis apoderados una autorización y, en cualquier evento, mis apoderados son requeridos en seguir todas las pólizas y procedimientos implementados por Southwest Medical Center en respeto al Portal de Paciente. En la falla de mis apoderados de cumplir con cualquier póliza(s) y/o procedimientos le dará a Southwest Medical Center el derecho absoluto de terminar el uso del apoderado ofendiendo del Portal de Paciente.



Esta notificación deberá ser valida hasta que yo le notifique a Southwest Medical Center, por escrito, que voy anular lo mismo. Yo por este medio libero a Southwest Medical Center de cualquier responsabilidad que pueda surgir de permitir el acceso a mi información de salud protegida (PHI) a cualquiera de los individuos identificados en esta notificación y para un tiempo razonable después que yo le haya notificado a Southwest Medical Center, por escrito, que la designación ha sido anulada. Además, no se aplicara una revocación a cualquier información de salud protegida (PHI) liberado a Southwest Medical Center antes del recibo de mi revocación.

Yo libero a Southwest Medical Center de toda responsabilidad que pueda surgir de cualquier acceso no autorizado de mi información de salud protegida (PHI), cuando tales accesos no autorizados aparezcan ser relacionados al compartimiento, sea intencional o no intencional, de cualquier contraseña u otra información que sea utilizada al acceso con el Portal del Paciente. Yo entiendo que la información usada y/o divulgada de acuerdo a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no ser sujeta a leyes de privacidad estatal o federal.

\_\_\_\_\_  
Nombre Imprimido

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Correo Electrónico

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha