

The FollowMyHealth™ portal para pacientes en el Centro del Sueño Pediátrico y de Adolescentes está diseñado para permitir una segura comunicación entre pacientes y proveedores y proveedores entre pacientes. Completar y entregar este formulario junto con los documentos legales requeridos para autorizar al Centro del Sueño Pediátrico y de Adolescentes que le envíe una invitación via correo electrónico y pueda crear una cuenta del portal.

Razón de acceso:	Acceso a la cuenta personal: (se requiere una foto ID)		
	<input type="checkbox"/> Yo tengo 18 años o más y pido acceso a mi propia información del historial médico		
	<input type="checkbox"/> Yo tengo 18 años o más y sólo otorgo el acceso para leer mi historial médico a los usuarios autorizados en la lista de abajo		
	<input type="checkbox"/> Yo tengo 18 años y otorgo el acceso completo de mi historial médico a los autorizados en la lista de abajo		
	Usuarios de acceso autorizado: (copias de documentos legales y requerimiento de una foto ID)		
	<input type="checkbox"/> Yo tengo 18 años o más y sólo pido otorgar el acceso para leer mi historial médico (indicar el estado legal abajo)		
	<input type="checkbox"/> Yo tengo 18 años o más y pido el acceso completo a un registro médico del paciente (indicar el estado legal abajo)		
	<input type="checkbox"/> Tengo papeles legales para POA/Custodia/Adopción/Tutela del Estado o el Condado para el paciente		
<input type="checkbox"/> Soy el padre de familia del menor de edad de 17 años o menos y tengo su partida de nacimiento			
Información del Paciente (por favor llenar):			
Nombre del paciente: _____			
	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido
FDN del paciente: _____ Teléfono: _____			
	Mes/Día/Año		
Correo electrónico para recibir el mensaje del portal: _____			
			(Correo electrónico personal)
Por la presente autorizo al Centro del Sueño Pediátrico y de Adolescentes para usar/revelar información identificable de salud individual al FollowMyHealth™ portal del paciente para el acceso en línea de la información de salud al Centro del Sueño Pediátrico y de Adolescentes:			
Firma del paciente: _____ Día : _____			

Información del usuario autorizado (por favor escribir): (Persona que recibe el acceso a la cuenta del portal del paciente)

Nombre del usuario autorizado: _____			
	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO
FDN del usuario autorizado: _____ Relación con el paciente: _____			
	Mes/Día/Año		
Correo electrónico donde se enviarán los mensajes del portal al usuario autorizado : _____			
			(CORREO ELECTRONICO PERSONAL)
Dirección: _____			
	CALLE	CIUDAD, ESTADO	CODIGO POSTAL
Teléfono de casa: _____ Celular: _____			
Firma del usuario autorizado:			Fecha:
Sólo para el uso de la recepción			
Photo ID & Copies of Legal Documents Verified By: _____			Date: _____
For Portal Use Only			
Patient Portal Invite sent by: _____			Date: _____
(verified email address and legal documents, FMH invite sent, paperwork scanned and saved in patient chart)			