



## Formulario de Registro del Portal del Paciente

**Nombre del Niño:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

El Portal del Paciente es una herramienta en línea segura destinada a apoyar la comunicación y el acceso a la información de salud. No debe utilizarse para necesidades médicas urgentes o de emergencia. Las respuestas a los mensajes del portal pueden tardar hasta dos días hábiles. Para preocupaciones inmediatas, comuníquese directamente con la oficina o llame al 911 en caso de emergencia.

Este formulario se utiliza para registrarse en el Portal del Paciente. Para los pacientes de 15 años de edad o menores, un padre o tutor legal puede obtener acceso a la cuenta del Portal del paciente a través de este formulario. Según las leyes de privacidad estatales y federales, los pacientes de 16 años de edad o más deben proporcionar autorización por escrito antes de que cualquier parte de su historial médico pueda ser compartida con un padre o tutor a través del portal.

Los pacientes de 16 años en adelante recibirán su propio acceso al Portal y pueden otorgar acceso a un padre o tutor completando el Formulario de Autorización de Privacidad para Adolescentes, el cual debe ser completado en la oficina por el paciente.

**Nombre del Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_

**Dirección de correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono principal:** \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, declaro que elijo inscribirme y usar el Portal del Paciente.

**Nombre de la persona que completa el formulario (en letra de imprenta):** \_\_\_\_\_

**Firma Autorizada:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_