

Authorization for Proxy Access to an Adult Patient's Portal (SPANISH)
Autorización para el Acceso de Apoderado al Portal de un Paciente Adulto

Información del Paciente (Patient's Information)

Nombre completo impreso (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)
(Printed Full Name) (First, Middle Initial, Last)

Fecha de Nacimiento (DOB)

MRN (Internal use only)

Correo electrónico impreso (se recomienda un correo electrónico que no sea del trabajo)
(Printed Email Address) (Non-work email address recommended))

Número de teléfono (Phone Number)

Yo, el Paciente mencionado anteriormente, reconozco lo siguiente:

- Al iniciar la sesión en el Portal del paciente (el "Portal") por primera vez, habré leído y aceptado la Información del Portal del paciente de Olathe Health, los Términos de uso del Portal del paciente y la Política de privacidad del Portal.
- Doy permiso a la Persona Autorizada/Apoderado que se detalla a continuación, para que se configure como un apoderado de mi Portal.
- Entiendo que puedo revocar el acceso de esta persona autorizada/representante poniéndome en contacto con el consultorio de mi proveedor o llamando a la línea de ayuda al (913) 355-4217 o enviando un correo electrónico a PatientPortalQuestions@olathehealth.org
- Acepto renunciar y liberar a Olathe Health (Olathe Medical Center, Miami County Medical Center y Olathe Health Physicians) y a todos los empleados y personal de Olathe Health, incluidos los médicos del paciente, las entidades afiliadas de Olathe Health y Olathe Health y los funcionarios, directores, empleados, agentes y sucesores de los afiliados, de todos y cada uno de los reclamos o causas de acción que estén relacionados de alguna manera con el uso del Portal por mi parte.

Firma del paciente (Signature of Patient)

Fecha (Date)

Firma del representante legal o DPOA / representante personal (según corresponda)
(Signature of DPOA / Personal Representative (as applicable))

Fecha (Date)

Información de la persona autorizada/apoderado (debe tener 18 años o más) (Authorized Person/Proxy's Information) (must be 18 years or older))

Nombre completo impreso (Nombre, inicial del segundo nombre, apellido)
(Printed Full Name) (First, Middle Initial, Last)

Fecha de nacimiento (DOB)

Correo electrónico impreso (Se recomienda una dirección de correo electrónico que no sea del trabajo) (Printed Email Address) (Non-work email address recommended))

Relación con el paciente (Relationship to patient)

Yo, la persona autorizada/apoderado mencionado anteriormente, reconozco lo siguiente:

- Al iniciar la sesión en el Portal por primera vez, habré leído y aceptado la Información del Portal para pacientes de Olathe Health, los términos de uso del Portal para pacientes y la política de privacidad del Portal.
- Entiendo que mi acceso de apoderado puede ser revocado en cualquier momento por el paciente sin previo aviso.
- Acepto renunciar y liberar a Olathe Health (Olathe Medical Center, Miami County Medical Center y Olathe Health Physicians) y a todos los empleados y personal de Olathe Health, incluidos los médicos del paciente, las entidades afiliadas de Olathe Health y Olathe Health y los funcionarios, directores, empleados, agentes y sucesores de los afiliados, de todos y cada uno de los reclamos o causas de acción que estén relacionados de alguna manera con el uso del Portal por mi parte.

Firma de la persona autorizada/apoderado (referido pero no requerido) (Signature of Authorized Person/Proxy (Preferred but not required))

Fecha (Date)



**AUTHORIZATION OF PROXY
ACCESS TO AN ADULT
PATIENT'S PORTAL**
Page 1 of 1

PLACE
PATIENT LABEL
HERE