Health Ministries Clinic
COMMUNITY HEALTH CENTER

REVOCAR LA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE ACCESO DEL APODERADO

* Este formulario debe ser completado para revocar el acceso del apoderado a su portal *

SECCIÓN 1 – Demográficos del paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Apellido Nombre Initial MM/DD/AAAA

Dirección: _____
Numero Calle Ciudad Estado Código Postal

SECCIÓN 2 – Información sobre el Apoderado

Revoque el acceso de los siguientes individuos a mi portal de Health Ministries Clinic.

Nombre del Apoderado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de Correo Electrónico del Apoderado: _____

Nombre del Apoderado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de Correo Electrónico del Apoderado: _____

SECCIÓN 3 – Declaración de Entendimiento

Al firmar esta autorización, solicito que Health Ministries Clinic (HMC) revoque el acceso al apoderado mencionado arriba para que no pueda acceder a mi información médica protegida (PHI) a través del portal.

Entiendo que:

- Esto revoca el acceso de mi apoderado en línea a mi información personal de salud.
- Mi apoderado ya no podrá ver la información contenida en el Portal de HMC que yo puedo ver.
- Health Ministries Clinic revocará el acceso del apoderado de este usuario al Portal y cualquier uso de mi portal personal de paciente.
- La autorización firmada anteriormente, *Formulario de Solicitud de Autorización de Acceso del Apoderado*, ya no es válida.
- Entiendo que esta solicitud por escrito es necesaria para revocar o cancelar la autorización de acceso del apoderado.
- La revocación no será efectiva inmediatamente, sino al siguiente día laboral. Estoy consciente de que la información utilizada y/o divulgada antes de la revocación de esta autorización de apoderamiento puede ser objeto de una nueva divulgación y ya no está protegida por las leyes federales de privacidad.

X_____ _____ _____
Firma del paciente, padre/tutor legal si es menor de edad (Requerido) Relación con el paciente (Requerido) Fecha (Requerida)

TRAIGA ESTE FORMULARIO Y SU IDENTIFICACIÓN EN PERSONA CUANDO LO SOLICITE