

# Formulario de Autorización por Correo Electrónico del Usuario

## Portal del paciente: My Care Plus

My Care Plus, el Portal del Paciente (el "Portal") le ofrece un acceso cómodo y seguro a su expediente de salud personal. Como paciente, usted tiene el control de su expediente almacenado en el Portal y no activaremos su cuenta personal a menos que usted nos autorice a hacerlo. Actualmente el portal My Care Plus, el proceso de inscripción y los recursos educativos están disponibles únicamente en inglés.

Debido a que su información de identificación personal y otra información sobre su salud e historia médica está disponible a través del Portal, es muy importante que mantenga la privacidad de su contraseña. No comparta su contraseña con otras personas ni la anote en un lugar fácilmente accesible a otros.

Si decide no firmar este formulario de autorización por correo electrónico del usuario, no podrá acceder al Portal. Si decide presentar este formulario, usted comprende que está brindando su consentimiento para que le enviemos por correo electrónico un vínculo exclusivo que usará para crear una contraseña y acceder al Portal. **Recibirá un correo electrónico de My Care Plus inmediatamente después de enviar este formulario.** Para su protección, el vínculo está diseñado para caducar rápidamente si no se utiliza. Si usted cambia su dirección de correo electrónico, por favor comuníquese con el consultorio de su médico a fin de proporcionarle su nueva información de contacto de correo electrónico para poder seguir recibiendo actualizaciones y otra información pertinente acerca del Portal y su expediente. Por favor elija una dirección de correo electrónico a la que no puedan acceder personas que no sean de su confianza.

Si desea suspender su uso del Portal, por favor comuníquese con el consultorio de su médico.

### Términos

Usted está recibiendo acceso al Portal, y los términos y condiciones del Portal se aplicarán a este formulario de autorización por correo electrónico del usuario. Por favor escriba de manera legible.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente  
(Nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

\_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico del paciente/usuario autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente  
Authorized User is:

\_\_\_\_\_  
Nombre del médico

- Paciente  
 Representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante del paciente  
(en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Número de expediente médico del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del personal del consultorio  
[confirma la identidad y autoridad del usuario]

\_\_\_\_\_  
Fecha

Note to Staff: Accept this form only when the identity and authority of the signing person has been confirmed, and the signing person (i.e., the Patient's Designated User) understands and agrees to use the listed email address for this purpose. Please make a copy for patient.

Staff Use Only:	MRN _____
Email in PMS or iKM _____	iKM Consent _____