

## Formulario de inscripción en el portal del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de contacto preferido: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  Teléfono particular  Teléfono celular  Teléfono laboral

Correo

Marque con un círculo una opción:

@yahoo.com | @gmail.com | @aol.com | @hotmail.com | @icloud.com | @outlook.com

Otro: @ \_\_\_\_\_

Las características actuales del portal accesible son:

- Vista del resumen de la visita
- Vista de la instrucción para el paciente

### Seguridad del portal

Southwest CARE Center utiliza cifrado para evitar que las personas no autorizadas puedan acceder y leer su información médica o las comunicaciones de nuestra organización. Para ayudar a garantizar que este sistema siga siendo seguro, debemos tener su dirección de correo electrónico actual PRIVADA y ser informados si esta cambia. **Proteja su nombre de usuario y contraseña del portal del paciente de Southwest CARE Center para que solo usted, o alguien que usted autorice, pueda tener acceso a su información del paciente.** Si cree que alguien conoce su contraseña, vaya inmediatamente al sitio del portal y cámbiela. Es su responsabilidad proteger su contraseña e inicio de sesión.

### Consentimiento informado para el portal del paciente

\_\_\_\_ (iniciales) Al completar y firmar este formulario, usted acepta acceder y crear una cuenta en el portal en un plazo de 30 días después de que reciba su nombre de usuario y contraseña. Si no crea una cuenta en el tiempo permitido, se desactivará su acceso al portal del paciente. **Usted tiene el derecho de cancelar esta cuenta en cualquier momento notificando a su proveedor por escrito.**

\_\_\_\_ (iniciales) Southwest CARE Center ofrece este portal del paciente seguro, gratuito y conforme a la Ley de Contratación y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) como cortesía para nuestros pacientes. Es un servicio optativo y nos reservamos el derecho de suspenderlo o cancelarlo en cualquier momento. Le notificaremos sobre cualquier cambio tan pronto como sea posible. Este consentimiento tiene como objetivo informarle sobre los hechos y riesgos relacionados con el uso del portal del paciente. Al firmar a continuación, usted confirma que ha leído, comprende y acepta cumplir nuestros procedimientos y pautas para el uso del portal del paciente de Southwest CARE Center. También acepta no responsabilizar a Southwest CARE Center ni a nuestro personal por infracciones de la red fuera de su control.

\_\_\_\_ (iniciales) **Solo coloque las iniciales aquí si se niega a proporcionar su información o el uso del portal del paciente.**

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)

Uso administrativo únicamente:

Web del portal del paciente habilitado	Portal del paciente deshabilitado
Web habilitada por:	Web deshabilitada por:
Fecha habilitada para la Web:	* Cuenta NO activada: Sí o No
Formulario escaneado y anotado por:	Fecha:
	Formulario escaneado y anotado por: