

**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](mailto: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