

Acknowledgement of Proxy Access to Patient Portal of a Minor (SPANISH)
Reconocimiento de Acceso de Apoderado al Portal del Paciente Menor de Edad

Información del paciente menor de edad (Minor 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*)

Información de la persona autorizada/apoderado (Authorized Person/Proxy's Information)

Nombre Impreso Completo del Padre/Tutor Legal (*Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido*) (Parent / Legal Guardian's Printed Full Name) (*First, Middle Initial, Last*)

Fecha de Nacimiento (DOB)

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)

Relación con el paciente menor de edad (Relationship to Minor Patient): Padre Guardián legal *Otro (*especifique*): _____

**Si marcó Otro, adjunte una copia de la documentación legal que verifique esta relación con el paciente menor de edad.*

Reconocimiento de Acceso de Apoderado (Acknowledgement of Proxy Access):

- 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.
- Estoy consciente de que cuando un Paciente menor de edad (el "Paciente") cumpla 13 años o si el Paciente tiene entre 13 y 17 años, el acceso de la Persona autorizada/Apoderado al portal del Paciente será limitado.
 - Entiendo que, bajo esta limitación, la Persona autorizada/Apoderado puede ver información como alergias, vacunas, programación de citas y mensajes de proveedores. La Persona Autorizada/Apoderado no puede ver información como citas pasadas, todos los resultados de pruebas de laboratorio, todos los medicamentos, todas las notas de visitas al consultorio, etc.; sin embargo, aún pueden acceder a dicha información, según corresponda y esté disponible, solicitando registros médicos del Departamento de Gestión de Información de Salud (HIM – Health Information management for sus siglas en inglés).
- Estoy consciente de que cuando un Paciente cumpla 18 años, se cancelará el acceso de la Persona autorizada/Apoderado. El acceso de apoderado se puede restablecer completando el formulario **Autorización de acceso de apoderado al Portal del paciente**.
- 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 padre/tutor legal (Signature of Parent / Legal Guardian)

Nombre impreso del padre / tutor legal (Printed Name of Parent / Legal Guardian)

Fecha (Date)

***OPCIONAL para pacientes menores de 13 a 17 años:** El paciente puede tener acceso a su propio Portal. El acceso debe ser autorizado por un padre/tutor legal. Los pacientes con acceso a su Portal están sujetos a los términos y condiciones establecidos en la Información del *Portal del Paciente de Olathe Health, los Términos de Uso del Portal del Paciente y la Política de Privacidad del Portal*.

- Yo, el Padre/Tutor Legal, doy permiso para que mi hijo, el Paciente, tenga acceso al Portal con su correo electrónico (*se recomienda un correo electrónico que no sea del trabajo*): _____

Firma del paciente menor de edad (Signature of Minor Patient)

Nombre impreso del paciente menor de edad (Printed Name of Minor Patient)

Fecha (Date)

Firma del padre/ tutor Legal (Signature of Parent/ Legal Guardian)

Nombre impreso del padre/ Tutor Legal (Printed Name of Parent/ Legal Guardian)

Fecha (Date)



**ACKNOWLEDGEMENT OF
PROXY ACCESS TO PATIENT
PORTAL OF A MINOR**
Page 1 of 1

PLACE
PATIENT LABEL
HERE