



St. Thomas East End Medical Center Corporation  
 4605 Tutu Park Mall, Sala 207  
 P.O. Box 503177  
 St. Thomas, VI 00805-3177

Tel: (340)775-3700  
 Fax: (340)777-7927

"Su Salud es nuestra Primera Prioridad"

### Formulario Portal de Representación del Paciente

El portal del paciente proporciona acceso seguro en línea a partes de un registro médico del paciente.

#### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Padre / Madre/ Tutor (si corresponde): \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DEL APODERADO

Nombre del apoderado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿El apoderado tiene una cuenta activa en el portal del paciente?  Sí  No

¿El apoderado ha sido alguna vez un paciente en STEEMCC?  Sí  No

Por favor marque una de las cajas que mejor describa el acceso del apoderado solicitado.

Paciente Adulto	Paciente Menor
<input type="checkbox"/> Familiar / Cónyuge	<input type="checkbox"/> Padre/Madre/ Tutor Legal
<input type="checkbox"/> Tutor Legal del Adulto	<input type="checkbox"/> Entidad Gubernamental / Instalación
<input type="checkbox"/> Entidad Gubernamental /Instalación	<input type="checkbox"/> Cuidador personal / Enfermera
<input type="checkbox"/> Cuidador personal/Enfermera	<input type="checkbox"/> Menor Emancipado
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____

#### Menores

Paciente Adulto- Niño de Edad 0-12

Paciente Adulto- Niño de Edad 13-17

STEEMCC requiere que el paciente entre las edades de 13 y 17 años indique específicamente si él / ella permite que sus padre(s) y / o tutor (es) legal (es) tengan acceso a las partes de la información médica del paciente, firmando este formulario de acuerdo. Cuando el paciente cumpla los 18 años de edad, se revocará el acceso del paciente. VI Código: Título 19 § 291-293



St. Thomas East End Medical Center Corporation  
4605 Tutu Park Mall, Sala 207  
P.O. Box 503177  
St. Thomas, VI 00805-3177

Tel: (340)775-3700  
Fax: (340)777-7927

"Su Salud es nuestra Primera Prioridad"

### INFORMACIÓN DEL PORTAL DEL PACIENTE

Una vez que se complete el formulario de registro y se devuelva al Departamento de Administración de Información de Salud, Health Information Management (HIM), el apoderado del paciente recibirá un correo electrónico con un enlace al portal del paciente (dentro de los tres días hábiles). El correo electrónico incluirá una identificación de inicio de sesión única e información de contraseña única. Asegúrese de que el apoderado del paciente verifique su volumen o correo electrónico no deseado, ya que el enlace puede haber filtrado el correo electrónico allí. Una vez que el apoderado del paciente reciba su ID de inicio de sesión y contraseña de un solo uso, siga las instrucciones. Copie y pegue el ID de usuario y contraseña de un solo uso en los campos. Se le pedirá que cree un nuevo nombre de usuario y contraseña. El apoderado del paciente deberá leer y aceptar los Términos y Condiciones del portal del paciente antes de que se pueda acceder a él. Siempre que se publique un nuevo artículo en el portal del paciente, como resultados, informes, citas, etc., el apoderado del paciente recibirá una notificación por correo electrónico. Ahí habrá un enlace en la parte inferior del correo electrónico que dirigirá a todos a la pantalla de inicio de sesión del portal. No se transmite información médica en ningún correo electrónico. Todas las direcciones de correo electrónicos se mantendrán confidenciales y no utilizarse para mercadeo o solicitudes. Vaya a [www.steemcc.org](http://www.steemcc.org) para acceder a su portal u obtener más información sobre el portal del paciente.

### AUTORIZACIÓN

Al firmar y fechar este formulario, autorizo a St. Thomas East End Medical Center Corporation (STEEMCC) a crear un ID de inicio de sesión y una contraseña en el portal del paciente para el apoderado del paciente para el paciente mencionado anteriormente. Entiendo que la información se enviará por correo electrónico al paciente apoderado dentro de los 3 días hábiles en el correo electrónico que el paciente haya proporcionado anteriormente. Cuando someta este formulario, la Identificación de gobierno emitida al apoderado del paciente necesita ser adjuntada.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Apoderado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### OFFICIAL USE ONLY

ID Verified: \_\_\_\_\_ Date Received: \_\_\_\_\_

Date Completed: \_\_\_\_\_ Initial: \_\_\_\_\_