



NIH Clinical Center FollowMyHealth® Patient Portal

Formulario de Poder de Cuenta

Este formulario debe ser completado para solicitar poder de acceso al Portal del Paciente FollowMyHealth® del Clinical Center del NIH. En caso de pacientes menores, uno de los padres o custodio legal del menor deberán completar el formulario. En caso de pacientes adultos, el paciente o representante legal deberá completar el formulario. Por favor complete cada sección y envíe el formulario al personal del Portal del Paciente por correo a 10 Center Drive, MSC 1192, Bethesda, MD 20892-1192 o por fax al: 301-480-9982.

Información del Solicitante de Poder (todos los espacios son requeridos):

Nombre en Inprenta (*nombre segundo nombre apellido*)

Fecha de nacimiento (*mm/dd/aaaa*)

Número y Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de Teléfono

Correo Electrónico

Relación con el paciente

Información del Paciente (todos los espacios son requeridos):

Nombre en Inprenta (*nombre segundo nombre apellido*)

Fecha de nacimiento (*mm/dd/aaaa*)

Número y Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de Teléfono

Correo Electrónico

AUTORIZACION: Concedo el permiso a National Institutes of Health Clinical Center para otorgar información médica vía el NIH Clinical Center FollowMyHealth® Patient Portal, al individuo identificado arriba. Acepto el uso de comunicaciones electronicas seguras y el compartir partes del expediente medico del paciente en forma identificable con Allscripts LLC con el propósito de popular mi cuenta apoderada del portal de FollowMyHealth®, y entiendo que voy a poder conectarme a través de FollowMyHealth® al expediente médico electrónico del paciente del NIH Clinical Center. He especificado arriba el correo electrónico al que todas las comunicaciones electrónicas pueden ser dirigidas

Firma del Paciente (*o persona autorizada*)

Fecha

Firma del Poder

Fecha