

+

This form must be completed by the patient to request portal account access for a designated proxy.

PATIENT INFORMATION

Name: _____ Date of Birth: _____

PROXY INFORMATION (e.g., PARENT/LEGAL GUARDIAN)

Name: _____ Date of Birth: _____

Legal Guardian (Please provide documented legal proof) _____

Address: _____ Last 4 of SSN: _____

Phone: _____ Cell: _____

E-MAIL ADDRESS OF PROXY _____
(Address to which Patient Portal Invitation will be sent)

I understand and agree as follows:

1. I am over the age of 18 and am competent to complete, grant, and execute this authorization or I am the custodial parent, legal guardian, or personal representative of the patient named above, requesting access to the Patient Portal account.
2. I hereby agree and authorize the person named above to have access to my Patient Portal Account as my "Proxy."
3. The Patient Portal includes my protected health information (PHI). Thus, my Proxy will have access to my PHI including sensitive information such as mental health, substance abuse, or STD diagnosis, treatment or medications.
4. Information disclosed through my Patient Portal account to my Proxy may be subject to redisclosure by the Proxy.
5. This authorization is voluntary. If I do not sign this authorization, Mission Health affiliated hospitals and its providers will still provide treatment to me, seek payment for services provided, it will not affect my eligibility for benefits or enrollment into a health plan.
6. This authorization is valid unless and until I revoke the Proxy's access.
7. I may revoke this proxy authorization by providing written notice of my revocation, notifying my care team, or calling 1-877-621-8014. Any revocation shall not affect disclosures prior to the revocation.
8. I and/or my Proxy accept and agree to abide by Mission Health's Patient Portal Terms and Conditions of Use. In addition, Mission Health may terminate the proxy access at any time without notice.

Patient or Representative Signature Date/Time

Parent/ Legal Guardian Signature (Required for Adolescent 13-17) Date/Time

If Representative, indicate Relationship

Parent Legal Guardian Power of Attorney Other _____

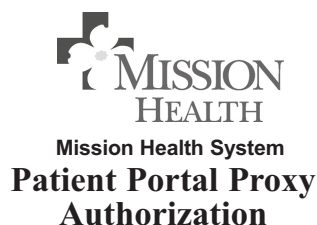
Proof of documentation of relationship may be required.

DO NOT WRITE IN MARGIN

MHS-00001-189-0720



E0000-360



DO NOT WRITE IN MARGIN

DO NOT WRITE IN MARGIN



Este formulario tiene que ser completado por el paciente para solicitar acceso a la cuenta del portal para un poder designado.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN DEL PODER (p.ej., PADRES/TUTOR(A) LEGAL)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Tutor(a) legal (Por favor proporcione comprobante legal documentado) _____

Dirección: _____ Últimos 4 del NSS: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL PODER _____
(Dirección a donde se mandará la Invitación al Portal del paciente)

Entiendo y accedo a lo siguiente:

1. Tengo más de 18 años y soy competente para completar, conceder y ejecutar esta autorización o soy el/la padre/madre de la custodia, el/la tutor(a) legal o el representante personal del paciente antes nombrado que solicita el acceso a la cuenta del Portal del paciente.
2. Por la presente accedo y autorizo acceso a mi cuenta del Portal del paciente como mi "apoderado" a la persona antes nombrada.
3. El Portal del paciente incluye mi información de salud protegida (PHI por sus siglas en inglés). Así que, mi Poder tendrá acceso a mi PHI incluyendo información sensible como la salud mental, el abuso de sustancias o el diagnóstico, el tratamiento o los medicamentos de ETS.
4. La información divulgada por mi cuenta del Portal del paciente a mi apoderado puede estar sujeta a la divulgación posterior por el Poder.
5. Esta autorización es voluntaria. Si no firmo esta autorización, los hospitales afiliados con Mission Health y sus proveedores todavía me brindarán tratamiento, buscarán pago para los servicios brindados y no afectará mi elegibilidad para beneficios o inscripción en un plan de seguro médico.
6. Esta autorización es válida a menos que y hasta que yo anule el acceso del apoderado.
7. Yo puedo revocar esta autorización de poder mediante notificación por escrito de mi revocación, notificando a mi equipo de atención médica o llamando al 1-877-621-8014. Cualquier revocación no afectará las divulgaciones antes de la revocación.
8. Yo y/o mi apoderado acepto y accedo a cumplir con los términos y condiciones del uso del Portal del paciente de Mission Health. Además, Mission Health puede terminar el acceso del poder en cualquier momento sin aviso.

Firma del paciente o representante _____
Fecha _____
Hora

Si es representante, indique la relación

Padre/Madre Tutor(a) legal Poder notarial Otro _____

Comprobante de documentación de relación puede ser requerido.

DO NOT WRITE IN MARGIN

MHS-00001-189-0720



Mission Health System

**Autorización del Portal del
paciente del apoderado**



E0000-360

DO NOT WRITE IN MARGIN

DO NOT WRITE IN MARGIN