



FORMULARIO DE SOLICITUD PARA EL PORTAL DEL PACIENTE DE WIHD

El INSTITUTO PARA EL DESARROLLO HUMANO DE WESTCHESTER (WIHD) ofrece visualización y comunicación seguras como servicio para los pacientes que deseen ver partes de sus registros y comunicarse con nuestro personal y médicos a través del Portal del paciente.

Para tener acceso al Portal del paciente de WIHD, complete en letra de imprenta y de forma clara toda

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

¿Quién solicita el acceso al Portal? (Seleccione todas las opciones que correspondan):

Paciente: Dirección de correo electrónico _____

Tutor o representante: Dirección de correo electrónico _____

Agencia: Dirección de correo electrónico (preferentemente, un correo electrónico genérico de la Agencia) _____

INFORMACIÓN DE LA AGENCIA (si corresponde)

Nombre/organización: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Persona de contacto de la agencia: _____ Correo electrónico del contacto de la agencia: _____

- *Esta Agencia/organización puede solicitar que el personal de la agencia que brinda atención al paciente indicado anteriormente tenga acceso al Portal del paciente.*
- *Tenga en cuenta que la agencia tiene la responsabilidad de informar al WIHD cuando el personal que tiene acceso al Portal del paciente cambia o deja de ser empleado de la agencia. Usted puede informar al WIHD cualquier cambio en el personal que tiene acceso al Portal del paciente enviando un correo electrónico a pportal@wihd.org*

Al firmar y fechar este formulario, estoy autorizando al INSTITUTO PARA EL DESARROLLO HUMANO DE WESTCHESTER (WIHD) a crear una identificación de inicio de sesión y una contraseña para que el paciente indicado anteriormente ingrese al Portal del paciente. Al firmar este formulario, también entiendo que los registros a los que accedió el representante/cuidador/agencia podrían volver a divulgarse sin mi conocimiento. Además, entiendo que la información en el Portal del paciente puede incluir el tratamiento y las pruebas relacionadas con abuso de drogas/alcohol, salud mental, estado de VIH, enfermedades y diagnósticos de transmisión sexual, pruebas genéticas y medicina reproductiva.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre en letra imprenta del Paciente o Representante Personal: _____

Descripción de la Autoridad del Representante Personal: _____

- * Si un representante de la agencia firma este formulario, incluya un acuerdo que indique el permiso para que la agencia brinde servicios de salud y autorice a la agencia a recibir, revisar y divulgar información médica.
- * En cualquier momento puede revocar el acceso al proxy si se comunica con el WIHD al 914-493-8148 y completa el formulario de revocación de proxy. Su proxy designado tendrá acceso a los registros del Portal del paciente hasta ese momento.
- * Se requiere que los tutores legales notifiquen al WIHD inmediatamente si hay un cambio de autoridades.

- Necesitamos que se asegure de tener la dirección de correo electrónico correcta y DEBE informarnos si cambia.
- Si olvida su contraseña, use la opción "Olvidé mi contraseña" en el portal.
- El sitio web del Portal del paciente es <https://emr.wihd.org/PatientPortal/CurePatientHome.aspx?wihd>
- **Presente este formulario en su próxima cita, por fax al (914) 493-8755 o envíelo por correo electrónico a pportal@wihd.org**

Para uso exclusivo de WIHD

Consentimiento para divulgar PHI o Acuerdo que indica permiso para que la Agencia brinde servicios de salud en el archivo