



Planned Parenthood Mar Monte

## Forma de Inscripción Para el Portal Para Pacientes de NextGen® / Petición de Acceso del Paciente para Información de Salud

Nombre (Imprimir)	<input type="text"/>		
Fecha de Nacimiento (m/d/año)	<input type="text"/>	Número de Teléfono	<input type="text"/>
Correo Electrónico (Requerido)	<input type="text"/>		

**Por este medio solicito el acceso a mi información médica y el permiso para que Planned Parenthood Mar Monte (PPMM) se comunice conmigo por el sistema seguro de PPMM via el Portal Para Pacientes de NextGen . Entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:**

- he recibido una copia del Aviso de PPMM de Prácticas de Privacidad.
- solicito el acceso por el portal a los siguientes tipos de información médica : las listas de mis diagnosticos , resultados de mis exámenes, listas de medicación, listas de alergias a medicamentos e instrucciones médicas dadas en cada visita.
- Ciertas cosas de mi información medica pueden no ser disponibles por el portal. Si quiero una copia de esta información, yo debo completar la forma de autorización de PPMM y dar esta forma a PPMM.
- yo nunca debería usar el portal para pacientes para asuntos urgentes. El tiempo de respuesta a mensajes electrónicos es uno a dos días de jornada laboral.
- debo proporcionar una dirección de correo electrónico válida y funcional, y PPMM enviará el correo electrónico a la dirección de correo electrónico proporcionada.
- soy responsable por guardar mi tarjeta de identidad de usuario y mi contraseña secreta y de no compartirlos con nadie. PPMM no es responsable si yo revelo mi información médica o si comparto mi tarjeta de identidad de usuario o contraseña, o anoto esta información y la pierdo.
- entiendo que por escrito puedo revocar esta petición de acceso en cualquier momento.

Firma _____	Fecha _____
-------------	-------------

Sólo para el uso de Planned Parenthood Mar Monte	
MRN _____	ID del Paciente Verificado Por _____