



PATIENT PORTAL AUTHORIZED REPRESENTATIVE (PROXY) SIGN-UP FORM

PATIENT INFORMATION:		
Name:		Date of Birth:
Street Address:		HFBG Patient ID:
City:		Phone number:
State:	Zip:	Email:
If you are requesting Authorized Representative / Proxy access, please check one of the boxes below. Please note that, for all types of proxy access, the patient's chart will be accessed through an Authorized Representative patient portal account.		
<input type="checkbox"/> Adult-to-Child (access to your minor child's record)	Please note the following age range limitations for portal access as an Authorized Representative. These age range limitations do not affect any legal right you have to access your child's record by other means. - If your child is age 0-12 years: You will be granted full access to your child's portal via an Authorized Representative account. -If your child is age 13-17 years: Due to federal and state confidentiality laws, you may not access certain types of medical information without your child's consent (such as drug & alcohol, mental health, reproductive health and certain diseases). This is the law, this is not HFBG policy. With your child's written consent, you may obtain portal access via an Authorized Representative account.	
<input type="checkbox"/> Adult-to-Adult (access to another adult's record)	The patient or patient's legal representative must sign this form to provide authorization for release of medical information in the form of a portal Authorized Representative account.	
<input type="checkbox"/> Legal Representative (documentation required)	<input type="checkbox"/> Legal Guardian (court order) <input type="checkbox"/> Power of Attorney for Healthcare (documentation required) <input type="checkbox"/> Health Care Proxy <input type="checkbox"/> Other _____	

PATIENT – I understand that:
Use of the Patient Portal Authorized Representative is voluntary and I am not required to grant another person (proxy) access to my Patient Portal Account in this manner. By signing this document, I am acknowledging that I have read and understand the information above and I am granting this proxy to have access to my personal health information in the form of an Authorized Representative Portal Account. I may terminate this Authorized Representative's access to my patient portal account at any time by contacting HFBG unless there is a court order in place granting this AR full access to my medical records.

AUTHORIZED REPRESENTATIVE / PROXY – I understand that:
This Authorized Representative access is intended as secure online access to this patient's personal health information. I may not share its login and password information with another person. I may use this Authorized Representative access to send messages about this patient; I may not use this patient's personal patient portal account (adult patients only). It is my responsibility to select a confidential password to maintain this data in a secure manner and to change this password or contact HFBG immediately if I believe it may have been compromised in any way. Access to the HFBG Patient Portal is provided as a convenience to patients and their Authorized Representatives. HealthFirst Bluegrass has the right to revoke access to the Patient Portal by a patient or their Authorized Representative at any time for any reason. It is my responsibility to ensure that my e-mail address is current at all times. I understand that if my e-mail is not current, I will not receive notification of messages sent to me regarding this patient.

AUTHORIZED REPRESENTATIVE / PROXY INFORMATION		
Name:		
Street Address:		Date of Birth:
City:		Phone number:
State:	Zip:	E-mail:

By signing below, I acknowledge that I have read and understand this Patient Portal Authorized Representative Sign-Up Form and I agree to its terms. I choose to designate the person named above as my Authorized Representative (Proxy) thereby allowing them access to my medical record via my HealthFirst Bluegrass Patient Portal Account.		
Name of Patient:	(Please Print)	
Signature of Patient:		Date:
Relationship to Patient:	<input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Legal guardian <input type="checkbox"/> Power of Attorney <input type="checkbox"/> Other: _____	
Signature of Authorized Representative:		Date:



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO AL PORTAL DE PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:		
Nombre:		Fecha de Nacimiento:
Dirección:		Número de Expediente:
Ciudad:		Número de Teléfono:
Estado:	Código Postal:	Correo Electrónico:
Si usted está solicitando acceso a un representante autorizado (proxy), por favor seleccione uno de los cuadros de abajo. Tenga en cuenta que, para todos los tipos de acceso de Proxy, el expediente del paciente se accederá a través de un Portal de Paciente para Representante Autorizado.		
<input type="checkbox"/> Adulto-a-Niño (acceso al expediente de su hijo menor de edad)	Tenga en cuenta las siguientes limitaciones de rango de edad para el acceso al portal como Representante Autorizado. Estas limitaciones de edad no afectan ningún derecho legal que usted tenga para acceder el expediente de su hijo por otros medios. - Si su hijo tiene entre 0 y 12 años de edad: Se le dará acceso completo al portal de su hijo a través de una cuenta de Representante Autorizado. - Si su hijo tiene entre 13 y 17 años: Debido a las leyes federales y estatales de confidencialidad, no puede acceder a ciertos tipos de información médica sin el consentimiento de su hijo (por ejemplo, drogas & alcohol, salud mental, salud reproductiva y ciertas enfermedades). Esta es la ley, esta no es la política de HFBG. Con el consentimiento por escrito de su hijo, usted puede obtener acceso al portal a través de una cuenta de Representante Autorizado.	
<input type="checkbox"/> Adulto-a-Adulto (acceso al expediente de otro adulto)	El paciente o el representante legal del paciente debe firmar este formulario para autorizar la divulgación de información médica a través de una cuenta de Representante Autorizado para el portal.	
<input type="checkbox"/> Representante legal (documentación requerida)	<input type="checkbox"/> Guardián legal (orden de la Corte) <input type="checkbox"/> Poder Legal de Salud (documentación requerida) <input type="checkbox"/> Proxy para atención médica <input type="checkbox"/> Otro _____	

PACIENTE - Entiendo que:

El uso del Representante Autorizado al Portal de Paciente es voluntario y no estoy obligado a otorgar a otra persona (proxy) acceso a mi cuenta de portal del paciente de esta manera. Al firmar este documento, reconozco que he leído y entiendo la información anterior y estoy otorgando a este proxy el acceso a mi información de salud personal en forma de una Cuenta de Representante Autorizado. Puedo terminar el acceso a mi cuenta al Portal de Paciente a este Representante Autorizado en cualquier momento contactando a HFBG a menos que haya una orden judicial otorgando a este representante acceso completo a mi expediente médico.

REPRESENTANTE AUTORIZADO / PROXY - Entiendo que:

La intención de este acceso de Representante Autorizado es acceso en línea seguro a la información personal de salud de este paciente. No puedo compartir la información de inicio de sesión y contraseña con otra persona. Puedo usar este acceso de Representante Autorizado para enviar mensajes sobre este paciente; no puedo usar la cuenta personal de este paciente (sólo para pacientes adultos). Es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial para mantener estos datos de una manera segura y cambiar esta contraseña o contactar inmediatamente a HFBG si creo que puede haber sido comprometida de alguna manera. El acceso al Portal de Paciente de HFBG es proveída como conveniencia para el paciente y sus Representantes Autorizados. HealthFirst Bluegrass tiene el derecho de revocar el acceso al Portal de Paciente por el paciente o su Representante Autorizado en cualquier momento y por cualquier razón. Es mi responsabilidad asegurarme de que mi correo electrónico esté activo en todo momento. Entiendo que si mi correo electrónico no está activo, no recibiré notificación de los mensajes enviados a mí con respecto a este paciente.

INFORMACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO / Proxy

Nombre:		
Dirección:		Fecha de Nacimiento:
Ciudad:		Número de Teléfono:
Estado:	Código Postal:	Correo Electrónico:

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo este Formulario de Inscripción de Representante Autorizado al Portal de Paciente y estoy de acuerdo con sus términos. Yo elijo designar a la persona mencionada arriba como mi Representante Autorizado (Proxy) dándole acceso a mi expediente médico a través de mi cuenta al Portal de Paciente de HealthFirst Bluegrass.

Nombre del Paciente:	(Imprimir nombre)	
Firma del Paciente:		Fecha:
Relación al paciente:	<input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Poder Legal <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Firma del Representante Autorizado:		Fecha: