

# Formulario de autorización de usuario de correo electrónico

## Portal para pacientes: My Care Plus

My Care Plus, el portal para pacientes (en adelante, el “portal”) brinda un acceso seguro y cómodo a su expediente médico personal. Como paciente, tiene el control de su expediente en el portal: no activaremos su cuenta personal, a menos que nos autorice a hacerlo.

Debido a que el portal cuenta con información que lo puede identificar personalmente y otros datos sobre su salud y antecedentes médicos, es muy importante que su contraseña sea secreta. No comparta su contraseña con nadie y no la escriba en un lugar al que otros puedan acceder fácilmente.

Si decide no firmar este *Formulario de autorización de usuario de correo electrónico*, no podrá acceder al portal. Si decide firmar este formulario, comprende que da su consentimiento para que le enviemos un enlace único por correo electrónico, que usará para crear una contraseña a fin de poder acceder al portal. **Una vez enviado este formulario, esté atento a un correo electrónico de My Care Plus que le llegará poco después.** Para su protección, el enlace está diseñado para caducar rápidamente si no lo usa. Si cambia de dirección de correo electrónico, comuníquese con el consultorio de su médico para proporcionarnos su nueva información de contacto de correo electrónico para que pueda seguir recibiendo actualizaciones y otra información relevante acerca del portal o de su expediente. La dirección de correo electrónico que nos proporcione no debe ser accesible por parte de nadie en quien no confíe.

Si desea discontinuar su uso del portal, comuníquese con el consultorio de su médico.

### Términos

Está recibiendo acceso al portal; los términos y condiciones del portal se aplicarán a este *Formulario de autorización de usuario de correo electrónico*. Por favor, escriba con letra legible.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente  
(Nombre, inicial del 2.º nombre, apellido)

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico del paciente/usuario autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del médico

El usuario autorizado es:

- Paciente  
 Persona designada por el paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona designada por el paciente  
(en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona designada por el paciente

\_\_\_\_\_  
Número de expediente médico del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del personal de la práctica  
[que confirma la identidad y autoridad del  
usuario]

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nota para el personal: acepte este formulario solo cuando se haya confirmado la identidad y autoridad de la persona que lo firma y el firmante (p. ej. el usuario designado por el paciente) entienda y acepte el uso de la dirección de correo electrónico mencionada para este fin. Entréguele una copia al paciente.

Para uso exclusivo del personal:	N.º Exp. Méd.: _____
Correo electrónico en PMS o iKM _____	Consentimiento de iKM _____