



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL PORTAL DEL PACIENTE
(Se deben completar todos los campos)

Nombre en el expediente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

(Esta dirección de correo electrónico es donde se enviará la información de inicio de sesión del portal del paciente y demás comunicaciones del portal del paciente. Asegúrese de que la cuenta de correo electrónico esté activa y de que no hay ningún problema con recibir este tipo de información en esa dirección.)

Al completar este formulario, estoy solicitando acceso al portal del paciente de Warner Hospital & Health Services MY Health. Entiendo que al completar este formulario, recibiré instrucciones para iniciar sesión en el portal del paciente, en la dirección de correo electrónico que mencioné arriba dentro de los 5 días hábiles posteriores a que Warner Hospital & Health Services reciba este formulario. Entiendo que el portal del paciente incluirá mi información médica privada. Entiendo que una vez que la información se revele en el portal del paciente, es posible que el destinatario la revele nuevamente, y que la información no esté protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad. Entiendo que solicitar acceso al portal del paciente My Health de Warner Hospital & Health Services es un acto voluntario, y que no necesito firmar esta autorización para recibir tratamiento de atención médica.

Firma Fecha y hora

Devuelva el formulario completo a:
Attn: Health Information Management Department
Warner Hospital & Health Services
422 W. White St.
Clinton, IL 61727
O A: himquality@warnerhospital.org

Warner Hospital & Health Services Health Information Management Department Use Only:

Medical Record Number: _____

Entered in Meditech: _____
Date & Time

Completed By: _____
Signature