SIERRA VIEW MEDICAL CENTER

PATIENT PORTAL & PROXY ACCESS REQUEST AND AUTHORIZATION

***Use this form for adult patients who wish to grant proxy access to other adults or legal representatives.**

Patient's Information (All fields required – please print clearly)
Complete this section with information about the patient whose Patient Portal will be accessed by the proxy.

Name: _____ Date of Birth: _____
(*last, first, middle initial*)
Street Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Phone Number: _____ Email Address: _____

Adult Proxy Information (All fields required – please print clearly)
Complete this section with information about the adult who will be designated as the patient's proxy.

Name: _____ Date of Birth: _____
(*last, first, middle initial*)
Street Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Phone Number: _____ Email Address: _____

I, _____, permit Sierra View Medical Center to release protected health/medical
(patient name)

information through the Patient Portal to _____. I understand that by permitting another
(proxy name)

person proxy access to the Patient Portal, he/she will view the same information that I may view myself.

I understand that once my records have been released to my proxy, they may be re-disclosed by the proxy and will no longer be protected by federal regulations

I understand that protected health/medical information that is released through the Patient Portal to my proxy may include, but is not limited to treatment, diagnosis or testing of one or more of the following conditions: alcohol and/or drug abuse, physical and mental illness, AIDS, HIV test results, or visit history confirming that the patient was seen for one of these conditions.

I understand that I can terminate my authorization to release health/medical information to my proxy at any time by contacting Sierra View Medical Center in writing. This termination of authorization will not apply to records that were previously released.

By signing below, I acknowledge that I have read and understand the Patient Portal & Proxy Access Request and Authorization Form. I agree to its terms and choose to designate the person named above as my Patient Portal proxy, thereby allowing him/her access to my health/medical information on the Patient Portal.

_____ _____
Patient Signature **Date**

By signing below, I acknowledge that I have read and understand the Patient Portal & Proxy Access Request and Authorization Form. I agree to its terms and understand that my proxy access can be revoked at any time by the patient or Sierra View Medical Center for any reason, including misuse of the Patient Portal by me. I acknowledge that I will be using my own Patient Portal account to access the patient's Patient Portal information, and that I will comply with the Patient Portal Terms and Conditions of Participation.

_____ _____
Proxy Signature **Date**

SIERRA VIEW
MEDICAL CENTER

Porterville, California 93257
PATIENT PORTAL & PROXY ACCESS REQUEST AND AUTHORIZATION

Form # 019785 REV. 12/22

Sierra View Medical Center is a service of the Sierra View Local Health Care District.

PATIENT'S LABEL

SIERRA VIEW MEDICAL CENTER

SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE ACCESO AL PORTAL DEL PACIENTE Y APODERADO

***Utilice este formulario para pacientes adultos que deseen otorgar acceso de apoderado a otros adultos o representantes legales.**

Información del paciente (todos los campos son obligatorios - escriba con letra de molde clara)
Complete esta sección con información sobre el paciente a cuyo Portal del paciente accederá el apoderado.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
(*apellido, primer nombre, inicial segundo nombre*)
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Información del apoderado adulto (todos los campos obligatorios - escribir con letra de molde clara)
Complete esta sección con información sobre el adulto que será designado como apoderado del paciente.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
(apellido, primer nombre, inicial segundo nombre)
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Yo, _____, autorizo que Sierra View Medical Center divulgue información médica/de
(nombre del paciente)
salud protegida a través del Portal del paciente a _____. Entiendo que al permitir que otra
(nombre del apoderado)
persona acceda al Portal del paciente, ésta podrá ver la misma información que yo puedo ver.

Entiendo que una vez que mis registros hayan sido entregados a mi apoderado, éste puede volver a divulgarlos y ya no estarán protegidos por las regulaciones federales.

Entiendo que la información médica/de salud protegida que se divulga a través del Portal del paciente a mi apoderado puede incluir, entre otros, tratamientos, diagnósticos o pruebas de una o más de las siguientes condiciones: abuso de alcohol y/o drogas, enfermedad física y mental, SIDA, resultados de pruebas de VIH o historial de visitas que confirmen que el paciente fue visto debido a una de estas condiciones.

Entiendo que puedo rescindir mi autorización para divulgar información médica/de salud a mi apoderado en cualquier momento poniéndome en contacto por escrito con Sierra View Medical Center. La terminación de esta autorización no se aplicará a los registros que se divulgaron anteriormente.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo el Formulario de Solicitud y autorización de acceso al Portal del paciente y apoderado. Acepto sus términos y elijo designar a la persona nombrada arriba como mi apoderado del Portal del paciente, lo que le permite acceder a mi información médica/de salud en el Portal del paciente.

_____ _____
Firma del paciente **Fecha**

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo el Formulario de Solicitud y autorización de acceso al Portal del paciente y apoderado. Acepto sus términos y entiendo que mi acceso de representante puede ser revocado en cualquier momento por el paciente o por Sierra View Medical Center por cualquier motivo, incluido el uso indebido del Portal del paciente por mi parte. Reconozco que utilizaré mi propia cuenta del Portal del paciente para acceder a la información del Portal del paciente y que cumpliré con los Términos y condiciones de participación del Portal del paciente.

_____ _____
Firma del apoderado **Fecha**

SIERRA VIEW MEDICAL CENTER

Porterville, California 93257
PATIENT PORTAL & PROXY ACCESS REQUEST AND AUTHORIZATION

Form # 019785 REV. 12/22

Sierra View Medical Center is a service of the Sierra View Local Health Care District.

PATIENT'S LABEL