



Please choose one of the security questions below. You will use this number for secure access to your account.
Por favor, elige una de las preguntas de seguridad que aparecen a continuación. Usarás este número para acceder de forma segura a tu cuenta.

	Last four digits of Social Security Number. (Últimos cuatro dígitos del Número de Seguridad Social)	Security Answer / Respuesta de seguridad
	Year you got married. (El año en que te casaste.)	
	Year you graduated high school. (Año en que te graduaste del instituto.)	
	Year your father was born. (Año en que nació tu padre.)	
	Year your mother graduated high school. (Año en que tu madre se graduó del instituto.)	
	Year your mother was born. (Año en que nació tu madre.)	
	Your postal code. (Tu código postal.)	

FOR MINORS BETWEEN AGES OF 12 AND 18: By signing below, I attest that I understand the designees have access to my patient portal and information within that account. I understand that this designation will be in effect until I turn age 18 and access is automatically revoked, or until I revoke this request in writing and Kossuth Regional Health Center has received the written request.

PARA MENORES DE ENTRE 12 Y 18 AÑOS: Al firmar a continuación, atestigo que entiendo que los designados tienen acceso a mi portal de pacientes y a la información de esa cuenta. Entiendo que esta designación estará vigente hasta que cumpla 18 años y el acceso se revoque automáticamente, o hasta que revoque esta solicitud por escrito y el Centro Regional de Salud de Kossuth reciba la solicitud por escrito.

FOR INDIVIDUALS AGE 18 AND ABOVE: By signing below, I attest that I understand the designees have access to my patient portal and the information within that account. I understand that this designation will be in effect until I revoke this request in writing and Kossuth Regional Health Center has received the written request.

PARA PERSONAS DE 18 AÑOS O MÁS: Al firmar a continuación, atestigo que entiendo que los designados tienen acceso a mi portal de pacientes y a la información que contiene esa cuenta. Entiendo que esta designación seguirá vigente hasta que revoque esta solicitud por escrito y el Centro Regional de Salud de Kossuth haya recibido la solicitud por escrito.

Patient Signature:

Firma del paciente _____ **Date/ Fecha** _____ **Time/Hora** _____

KRHC Witness _____ **Date** _____ **Time** _____

REVOCATION OF DESIGNEE

I hereby revoke designation of my Kossuth Regional Health Center patient portal to the individual named below. I understand this revocation is in effect going forward and does not prevent this individual from using or disclosing information obtained during the time she/he served as my designee.

REVOCACIÓN DEL DESIGNADO

Por la presente revoco la designación de mi portal de pacientes del Centro Regional de Salud Kossuth a la persona mencionada a continuación. Entiendo que esta revocación está vigente a partir de ahora y no impide que esta persona utilice o divulgue información obtenida durante el tiempo que sirvió como mi designado.

Patient Signature:

Firma del paciente _____ **Date/ Fecha** _____ **Time/Hora** _____

KRHC Witness _____ **Date** _____ **Time** _____

Designee to remove / Designado para eliminar: _____

Email to remove / Correo electrónico para eliminar: _____

**For KRHC
Internal
Use Only**

Date Received: _____

Received by: _____

- ☐ Submitted to Patient Access Supervisor
- ☐ Sent Invite to Patient
- ☐ Confirmed patient receipt of invite
- ☐ Enter as designation of personal representative
- ☐ Sent to scanning
- ☐ Missing Info—Did not send invite