

PARA MENORES ENTRE 12 Y 18 AÑOS: Al firmar a continuación, certifico que entiendo que los designados tienen acceso a mi portal de pacientes y a la información que se encuentra en 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.

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

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____ **Tiempo:** _____
Patient Signature **Date** **Time**

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

**For KRHC
Internal
Use Only**

Date Received: _____

Received by: _____

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

REVOCACIÓN DEL DESIGNADO

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

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____ **Tiempo:** _____
Patient Signature **Date** **Time**

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

Designado para eliminar: _____
Designee to remove

Correo electrónico para eliminar: _____
Email to remove

**For KRHC
Internal
Use Only for Revocation**

Date Received: _____

Received by: _____

- ☐ Removed from chart
- ☐ Sent to scanning