

**Patient Authorization for Third Party Access to Patient Portal**  
 CHCR-014 rev. 06/14



Patient Name Bar Code Label or
Patient Name: _____
Date of Birth: _____
MR# / Acct#: _____

## Patient Authorization for Third Party Access to Patient Portal

**Name of Facility/Practice:** \_\_\_\_\_

**Patient Information (please complete all applicable fields)**

First Name:	Middle Name:	Last Name:	Date of Birth:
Street Address:	City:	State/Providence:	Zip:
Phone:	Email:	Last 4 of Social Security #:	
Driver's License/State-Issued ID#: _____ (must include a copy of your ID with this form)			

**I hereby authorize Centura Health to grant access to the individual listed below to "MyCenturaHealth" patient portal to view my protected health information:**

**Third Party Information**

First Name:	Last Name:	Sex (M/F):	Date of Birth:
Street Address:	City:	State/Providence:	Zip:
Phone:	Email:	Relationship to Patient:	

**Authorization:** I certify that this request is made voluntarily and that the information contained in the request is accurate to the best of my knowledge. I understand that granting third party access to "MyCenturaHealth" patient portal will allow the individual with access to view all of my protected health information made available on the portal, and that by granting this access, my protected health information may be re-disclosed by the third party and may no longer be protected.

I understand that I may refuse to sign this authorization and that my refusal to sign will not affect my payment, ability to obtain treatment, or eligibility to obtain benefits. I understand the information on "MyCenturaHealth" patient portal contains limited data and does not include all of my medical records associated with my care at Centura Health facilities and/or practices. I understand that if I need to obtain or authorize access to all of my medical records and/or need hard copies, I must contact the respective Health Information Management/Medical Records department and that there may be a charge associated with obtaining such copies. If I have questions about disclosure of my health information, I can contact the designated Corporate Responsibility and Privacy Officer.

I understand that Centura Health or I may revoke this third party access to "MyCenturaHealth" patient portal for any reason at any time. I understand that Centura Health has the right to terminate third party access to "MyCenturaHealth" patient portal immediately if there is a breach of the Terms of Use. I understand that I may revoke this authorization at any time by terminating the third party access from within my "MyCenturaHealth" patient portal account or by submitting a revocation form in writing to Centura Health. I understand that Centura Health may not be able to grant third party access to certain types of health information, and information belonging to minors between the ages of 13-17 will not be accessible to anyone other than the minor patient to ensure compliance with legal requirements regarding access to patient records.

**Expiration:** This authorization for third party access will not expire until I expressly terminate the access from within "MyCenturaHealth" patient portal account or complete a Revocation of Patient Authorization for Third Party Access to "MyCenturaHealth" Patient Portal form. If I am a minor, this authorization will expire automatically when I turn 13 years old.

**Acknowledgement:** I understand that the information available may include any or all information involving communicable or venereal disease, psychological or psychiatric conditions, drug or alcohol abuse and/or alcoholism. It may also include, but is not limited to, diseases such as hepatitis, syphilis, gonorrhea and human immunodeficiency viruses (HIV), also known as acquired immune deficiency syndrome (AIDS).

**Signature of Patient/Legal Representative:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_ **Time:** \_\_\_\_\_

If Legal Representative, Print Name: \_\_\_\_\_ Relationship to Patient: \_\_\_\_\_

**Centura Health Use Only:**

Verification: <input type="checkbox"/> Driver's License #: _____ <input type="checkbox"/> Other Appropriate ID: _____
User Name Assigned: _____
Individual Who Received Request: _____ Date Request Received: _____
Medical Record Number / Account Number: _____ / _____
<input type="checkbox"/> Request Approved <input type="checkbox"/> Request Denied Date Approved/Denied: _____ Individual Who Fulfilled: _____
Reason for Denial (if applicable): _____



**Autorización del paciente para permitir el acceso de una tercera parte al Portal para pacientes**  
CHCR-014 rev. 07/14



Patient Name Bar Code Label <i>or</i>
Patient Name: _____
Date of Birth: _____
MR# / Acct#: _____

## Autorización del paciente para permitir el acceso de una tercera parte al Portal para pacientes

**Nombre del centro/de la práctica:** \_\_\_\_\_

**Información sobre el paciente (complete todos los campos que correspondan)**

Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Ciudad:	Estado/Provincia:	Código postal:
Teléfono:	Correo electrónico:	Últimos 4 dígitos del Número de seguro social:	
Licencia de conducir/Estado emisor del N.º de ID: <i>(debe incluir una copia de su identificación (ID) en este formulario)</i>			

**Por el presente, autorizo a Centura Health a garantizarle acceso a la persona que se menciona a continuación al portal para paciente "MyCenturaHealth" para consultar mi información protegida de salud.**

**Información sobre la tercera parte**

Primer nombre:	Apellido:	Sexo (H/M):	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Ciudad:	Estado/Provincia:	Código postal:
Teléfono:	Correo electrónico:	Relación con el paciente:	

**Autorización:** Certifico que esta solicitud es voluntaria y que la información que contiene es precisa según mi entender. Comprendo que al garantizar acceso al portal para pacientes "MyCenturaHealth" a un tercero, permitiré que dicha persona consulte toda mi información de salud protegida que se encuentra disponible en el portal y que al garantizar dicho acceso, mi información de salud protegida se puede volver a divulgar por medio de dicha tercera parte y que ya no se considerará protegida.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negación a firmarla no afecta mi capacidad de pago para recibir el tratamiento ni mi elegibilidad para obtener los beneficios. Comprendo que la información en el portal para pacientes "MyCenturaHealth" contiene datos limitados y no incluye la totalidad de mis registros médicos asociados con la atención recibida en las instalaciones de Centura Health y/o las prácticas realizadas. Entiendo que si necesito obtener o autorizar el acceso a todos mis registros médicos y/o necesito copias impresas, debo comunicarme con el Departamento de gestión de la Información de salud/de registros médicos correspondiente y que se cobrará un cargo asociado con la obtención de dichas copias. Si tengo alguna pregunta relacionada con la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con el Ejecutivo de responsabilidad corporativa y privada designado.

Comprendo que Centura Health o yo podemos revocar el acceso de la tercera parte al portal para pacientes "MyCenturaHealth" por cualquier motivo, en cualquier momento. Entiendo que Centura Health tiene derecho a dar por terminado el acceso de la tercera parte al portal para pacientes "MyCenturaHealth" de inmediato en caso de existir una violación de los Términos de uso. Comprendo que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento al dar por finalizado el acceso de la tercera parte desde mi cuenta en el portal para pacientes "MyCenturaHealth" o al enviar un formulario de revocación por escrito a Centura Health. Entiendo que Centura Health no puede garantizar el acceso de la tercera parte a ciertos tipos de información de salud y que toda información perteneciente a menores entre 13 y 17 años no estará disponible para ninguna persona que no sea el paciente menor, para garantizar el cumplimiento de los requisitos legales relacionados con el acceso a los registros del paciente.

**Vencimiento:** La presente autorización para el acceso de una tercera parte no vencerá hasta que yo dé por terminado de manera expresa el acceso desde mi cuenta en el portal para pacientes "MyCenturaHealth" o complete un formulario de Revocación de autorización de paciente para el acceso de una tercera parte al Portal para pacientes "MyCenturaHealth". En caso de ser un menor de edad, esta autorización vencerá de manera automática al cumplir los 13 años.

**Aceptación:** Comprendo que la información disponible **puede** incluir toda o parte de la información acerca de una enfermedad venérea o de transmisión, de un cuadro psicológico o psiquiátrico, de abuso de drogas o alcohol y/o sobre alcoholismo. También puede incluir, entre otras, información sobre hepatitis, sífilis, gonorrea, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), también conocido como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

**Firma del paciente o del representante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_

En caso de ser un representante legal, coloque el nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ **Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

**Centura Health Use Only:**

Verification: <input type="checkbox"/> Driver's License #: _____	<input type="checkbox"/> Other Appropriate ID: _____
User Name Assigned: _____	
Individual Who Received Request: _____	Date Request Received: _____
Medical Record Number / Account Number: _____ / _____	
<input type="checkbox"/> Request Approved	<input type="checkbox"/> Request Denied
Date Approved/Denied: _____	Individual Who Fulfilled: _____
Reason for Denial (if applicable): _____	