



# Tri-Area Community Health

## FORMULARIO DE ACCESO DE PROXY DE REVOKE

**Información del PACIENTE:** (Complete toda la información. Por favor, imprima claramente.)

Nombre: (Primero, Inicial del segundo nombre, Último) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Proveedor de atención primaria del paciente: \_\_\_\_\_

### **ACCESO PROXY A REVOCAR:**

**Información PROXY** : (Complete toda la información. Por favor, imprima claramente.)

Nombre: (Primero, Inicial del segundo nombre, Último) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, reconozco que estoy revocando el acceso de proxy a la persona mencionada anteriormente, deteniendo así todo acceso al portal a mi información. Tenga en cuenta que el cambio puede tardar aproximadamente 24 horas en hacerse efectivo.

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

(Tenga en cuenta que los padres de menores no pueden separar a otro padre debido a problemas de divorcio o custodia solos, consulte el Código del Estado de Virginia §20-124.6. Las órdenes judiciales deben presentarse antes de la eliminación del acceso de los padres).