



Acceda a su
información
médica
en línea.

Gestione sus registros médicos personales, comuníquese con sus médicos y tome decisiones más informadas acerca de su salud.

Disfrute de acceso en línea desde cualquier computadora, teléfono inteligente o tableta las 24 horas, los 7 días de la semana.



Envíe y reciba
mensajes seguros
en línea.



Vea resultados
de pruebas y
laboratorio.



Solicite
reaprovisionamientos
de recetas médicas.



Programe
citas.



Reciba
recordatorios de
atención por correo
electrónico.



Configure cuentas de
apoderado para niños y
adultos dependientes.

Para más información, visite

**Empiece
ahora mismo.**

Es tan fácil como decir

1, 2, 3

**Ahorre
tiempo con
herramientas
en línea**

1

Haga clic en el enlace de registro en el correo electrónico que reciba de **noreply@followmyhealth.com**.

2

Cree su cuenta de inicio de sesión del portal con un nombre de usuario y una contraseña únicos.

3

Introduzca el código de invitación proporcionado por su organización médica y haga clic en “Aceptar” para la publicación de información.

Recibirá dos correos electrónicos: uno le dará la bienvenida al portal y otro confirmará sus conexiones con nuestra organización.

Ahora tiene acceso en línea seguro a nuestro portal del paciente y a su información médica las 24 horas, los 7 días de la semana.



**Acceda a su información médica mientras viaja.
Descargue la aplicación gratuita del portal en su tienda
Apple o Android .**

(introduzca FollowMyHealth en el campo de búsqueda).



Formulario para Individuo Usar el Proxy Portal del Paciente

Nombre del paciente	Número de expediente médico (Para uso de oficina)

Por favor proporcione la siguiente información de personas autorizadas para recibir una invitación del portal proxy:

TODA LA INFORMACIÓN SE REQUIERE.

Nombre
Apellido:
Dirección de correo electrónico:
Últimos cuatro (4) números del seguro social
Nota: Los últimos cuatro (4) números del seguro social del individuo se utiliza como el código de seguridad y deberá ingresarse por el portal del paciente cuando está configurando la cuenta.

Relación con el paciente: Poner una X en el campo que se aplica a usted.

	Relación		Relación
	Madre		Hermano
	Padre		Hermana
	Madrastra		Hermanastro
	Padrastra		Hermanastra
	Guardián		Tía
	Cónyuge		Tío
	Abuela		Abogado
	Abuelo		Poder legal
	Cuidador de atención médica		Otros
Por favor especificar otros:			

Número de teléfono: ()
Dirección de calle:
Ciudad:
Estado:
Código postal:

Imprimir nombre padre/Paciente/Representante legal

Firma de padre/Paciente/Representante legal

Fecha

Firma del testigo

Fecha