

# Westchester Medical Regional Physician Services, PC

---

## Formulario de registro en el portal para pacientes

El portal para pacientes es un portal web seguro que permite que un paciente actualice su información de contacto, solicite resurtidos de medicamentos y consulte los resúmenes de las visitas en línea.

Lea cuidadosamente las siguientes pautas:

- Estamos ofreciendo el portal para pacientes como un servicio útil para usted sin costo alguno. No vendemos ni entregamos información privada, incluidas las direcciones de correo electrónico, sin su consentimiento por escrito. Nos reservamos el derecho de suspender o cerrar el portal para pacientes en cualquier momento y por cualquier motivo.
- Haremos todo lo posible para responder los mensajes enviados mediante el portal de manera oportuna. Debe llamar al consultorio directamente si tiene una consulta urgente. NO utilice el portal en caso de emergencias.
- NO proporcionamos resurtidos de sustancias controladas a través del portal.
- Si no está recibiendo nuestros correos electrónicos, compruebe su carpeta de "CORREO NO DESEADO" antes de ponerse en contacto con nosotros.
- Al utilizar este portal para pacientes, se compromete a proteger su contraseña de personas no autorizadas. Es su responsabilidad notificarnos en caso de robo de su contraseña. Usted se compromete a no responsabilizar a Westchester Medical Regional Physician Services, PC de cualquier interrupción u otra falla de la red.
- Si hoy no acepta este servicio, puede solicitar su acceso en cualquier momento futuro poniéndose en contacto con el consultorio de su médico. Esto no le impedirá obtener atención continua por parte de cualquiera de nuestros médicos.

Al firmar a continuación, indica que permite que Westchester Medical Regional Physician Services, PC le envíe correos electrónicos notificándole de aquellas comunicaciones que estarán disponibles y serán accesibles solamente a través del Portal para pacientes seguro, a las cuales podrá acceder al iniciar sesión con su propio nombre de usuario y contraseña exclusivos. Es su responsabilidad notificar a Westchester Medical Regional Physician Services, PC si cambia su cuenta de correo electrónico o si cree que su contraseña segura ha sido comprometida.

**MARQUE UNA DE LAS CASILLAS:**  **Acepto**     **No acepto**

**Firme a continuación y devuélvale el formulario a nuestra recepcionista.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Para recibir un nombre de usuario y una contraseña, ingrese** un correo electrónico confidencial en

letra de imprenta clara:

\_\_\_\_\_

**(La información y el enlace para el acceso del usuario se enviarán a esta dirección; debe notificarnos de cualquier cambio)**

Westchester Medical Regional Physician Services, PC.