



Please **PRINT** demographic information **as clearly as possible**.

The accuracy of this information helps ensure access to your Three Rivers Hospital Patient Portal is set up correctly.

PATIENT Information

LAST Name: _____ FIRST Name: _____ MIDDLE Initial: _____

Date of Birth: ____/____/____ Gender: M F Preferred Language: _____
mm / dd / yyyy

Address 1: _____
Mailing address City State Zip code

Phone: (____) _____ (____) _____ Email: _____ @ _____
Home Cell

Primary Care Provider: _____ Medical Record # (if known): _____

Thrive Patient Portal TERMS & CONDITIONS

- I understand that Thrive Patient Portal is intended as a secure online source of confidential medical information. If I share my Thrive Patient Portal user ID and password with another person, that person may be able to view my health information.
- I agree that it is my responsibility to select a confidential password, to maintain my password in a secure manner and to change my password if I believe it may have been compromised in any way.
- I understand that Thrive Patient Portal contains selected, limited medical information from my medical record as set by federal Meaningful Use standards, and that Thrive Patient Portal does not reflect the complete contents of the medical record. I also understand that a paper copy of my medical record may be requested from Three Rivers Hospital Medical Records department.
- I give my consent for Okanogan Douglas District Hospital, dba Three Rivers Hospital, to release all information as federally mandated to the Thrive Patient Portal account so that I may view this information online.
- I understand that my activities within Thrive Patient Portal may be tracked by computer audit and entries I make may become part of the medical record.
- I understand that access to Thrive Patient Portal is provided by Okanogan Douglas District Hospital, dba Three Rivers Hospital and their EMR vendor, as a convenience to its patients and that Okanogan Douglas District Hospital, dba Three Rivers Hospital, has a right to deactivate access to Thrive Patient Portal at any time for any reason.
- I understand that use of Thrive Patient Portal is voluntary and I am not required to use Thrive Patient Portal or to authorize a Thrive Patient Portal proxy.
- I understand that once information is released pursuant to this authorization, Okanogan Douglas District Hospital, dba Three Rivers Hospital, cannot prevent the re-disclosure of the information to another third party.
- I understand this authorization must be filled out completely and signed and dated in order to be considered valid.
- I understand that this consent will remain in effect until I provide Okanogan Douglas District Hospital, dba Three Rivers Hospital, with a written request for revocation.

OPT OUT

I do **NOT** want to sign-up for Patient Portal access.

Patient Signature: _____ Today's Date: _____

You must present this form along with photo identification to register yourself or a Proxy person.

By accessing your health information online, you can quickly & conveniently review your

- Visit History
- Allergies and Conditions
- Immunizations
- Medications with Instructions
- Lab Results
- Radiology Reports
- Discharge Instructions
- Health Summary



If you provided an email address when you registered after you arrived, after you have been discharged from the hospital you can expect an email directly from Evident, our Electronic Health Record software system, from the email address:

donotreply@trhospital.net

The initial email from "donotreply" will provide step-by-step instructions for you to set up your personal Username & Password to the Patient Portal.

If you would like to authorize an additional person to be able to access your personal medical record with Three Rivers Hospital, please call 509.689.2517 to request a **Patient Portal Proxy Authorization** form, or visit www.threerivershospital.net & visit the Patient Portal webpage to print the form.

Revised 03.27.18



Favor de **ESCRIBIR** la información demografica lo **más claro posible**.

La exactitud de esta infomación sirve para garantizar el acceso a su portal informativo, ya que está configurado correctamente.

Información del PACIENTE

APELLIDO: _____ **NOMBRE:** _____ **Inicial de su 2do. NOMBRE:** _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ **Sexo:** M F **Idioma que prefiere:** _____
mes / día / año

Dirección 1: _____
Dirección Postal (done recibe su correspondencia) **Ciudad** **Estado** **Código Postal**

Teléfono: () _____ () _____ **Correo Electrónico:** _____ @ _____
Casa Celular

Médico de Cuidados Primarios: _____ **# de Expediente Médico (si se sabe):** _____

TÉRMINOS Y CONDICIONES de "Thrive" del Portal del Paciente

- Entiendo que "Thrive" del portal del Paciente, tiene el objetivo de ser una fuente de información clínica confidencial en línea, segura. Si comparto mi contraseña y mi identificación de usuario de "Thrive" del portal del paciente con alguien, esa persona puede ver mi información de salud.
- Estoy de acuerdo que es mi obligación escoger una contraseña confidencial, mantenerla de una manera segura, y cambiarla si creo que está en riesgo de alguna manera.
- Entiendo que "Thrive" del portal del paciente, contiene información clínica seleccionada limitada de mi expediente médico, de acuerdo a lo establecido por las normas federales relevantes de uso, y que "Thrive" del portal del paciente no refleja el contenido completo del expediente médico. También entiendo que el departamento de archivos médicos de Three Rivers Hospital, puede solicitar una copia en papel de mi expediente médico.
- Doy mi autorización para que Okanogan Douglas District Hospital, que opera bajo el nombre de Three Rivers Hospital, facilite toda la información de acuerdo al mandato federal para mi cuenta de "Thrive" del portal del paciente, para que yo pueda ver esta información en línea.
- Entiendo que las actividades que yo haga en "Thrive" del portal del paciente pueden ser rastreadas por auditoría informática y que los accesos que yo realice, pueden formar parte de mi expediente médico.
- Entiendo que el acceso a "Thrive" del portal del paciente, es proporcionado por Okanogan District Hospital que opera bajo el nombre de Three Rivers Hospital, y su vendedor del sistema de expediente clínico electrónico, para conveniencia de sus pacientes, y que Okanogan Douglas District Hospital que opera bajo el nombre de Three Rivers Hospital, tiene el derecho de desactivar el acceso a "Thrive" del portal del paciente, en cualquier momento por alguna razón.
- Entiendo que el uso de "Thrive" del portal del paciente es voluntario y que no estoy obligado a usarlo ni a nombrar a un apoderado o representante para dicho portal.
- Entiendo que una vez que la información sea facilitada, conforme a esta autorización, Okanogan Douglas District Hospital que opera bajo el nombre de Three Rivers Hospital, no puede evitar la transmisión posterior de tal información a terceros.
- Entiendo que esta autorización o consentimiento deberá llenarse completamente incluyendo la firma y fecha, para que se considere válida. **RECHAZO**

Firma del Paciente: _____ **Fecha de Hoy:** _____ **NO** quiero apuntarme para el acceso al Portal del Paciente

Usted deberá presentar esta hoja junto con su identificación con foto, para que se registre usted o la persona autorizada.

Mediante el acceso a su información de salud en línea, usted puede revisar de forma rápida y conveniente su:

- ➔ Historial de Visitas
- ➔ Alergias y Condiciones de Salud
- ➔ Inmunizaciones(vacunas)
- ➔ Medicamentos con Instrucciones
- ➔ Resultados de análisis
- ➔ Reportes de Radiología
- ➔ Instrucciones de Alta
- ➔ Resumen de Salud



Si usted dió una dirección de correo electrónico, al registrarse, después de haber llegado, espere recibir un correo electrónico de Evident, nuestro sistema de expediente clínico electrónico.

donotreply@trhospital.net

El primer correo electrónico que usted reciba, de "donotreply" tendrá las instrucciones paso a paso, para que usted pueda configurar su nombre de usuario y contraseña personal para el portal del paciente.