

Este formulario debe ser completado por un padre, madre o tutor legal permanente ("Apoderado") que desee acceder a partes de la información médica protegida electrónica ("ePHI") de su hijo a través de MyChart, mantenido por Community Health Systems y médicos afiliados. El Apoderado deberá proporcionar una identificación con foto y cualquier otra documentación requerida antes de que se le otorgue el acceso de apoderado.

Hay limitaciones de rango de edad para el acceso a MyChart Proxy. Estas limitaciones de rango de edad no afectan ningún derecho legal que tenga para acceder al registro del niño por otros medios. Puedo solicitar una copia impresa del expediente del niño comunicándome con el departamento de Administración de Información Médica.

Seleccione el tipo de acceso de apoderado que está solicitando a continuación:

- Para acceso de menores (0-11):** marque la casilla si su hijo es menor de 12 años. Para un niño de 0 a 11 años, se le dará acceso completo a la cuenta MyChart del niño. En el cumpleaños número 12 del niño, ya no tendrá acceso completo a la cuenta MyChart y su acceso se degradará a Acceso predeterminado para adolescentes (12-17).
- Para Acceso predeterminado de adolescentes (12-17):** marque esta casilla si su hijo tiene entre 12 y 17 años. El acceso de apoderado está limitado para garantizar la privacidad de nuestros pacientes adolescentes de acuerdo con las leyes estatales sobre los derechos de confidencialidad de los adolescentes. El Apoderado podrá ver las próximas visitas del adolescente con los proveedores y enviar mensajes a los proveedores en nombre del adolescente. Para que usted tenga acceso total a la cuenta de MyChart de su adolescente, su adolescente deberá completar un formulario de autorización por separado, Autorización de adolescente para MyChart Proxy (acceso completo para adolescentes).
- Pacientes sin capacidad para tomar decisiones (12-17 años):** proporcione una carta del proveedor que confirme que el paciente no tiene capacidad para tomar decisiones o documentación en el expediente médico, escrita por el proveedor, que respalde la incapacidad del paciente para tomar decisiones.

Información del niño/adolescente ("Paciente") – un formulario por niño/adolescente

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección/ciudad/estado/código postal: _____

Información del padre/madre/tutor legal permanente ("Apoderado")

Para ver la información del niño/adolescente ("Paciente"), el Apoderado también debe obtener su cuenta de MyChart.

Nombre del Apoderado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección/ciudad/estado/código postal: _____

Correo electrónico (obligatorio): _____

*Número del Seguro Social: _____ Teléfono: _____

*Se requiere el SSN completo si el apoderado no tiene una cuenta MyChart existente. Identifica de forma única al apoderado.

*Solo se requieren los últimos 4 dígitos de un SSN si el apoderado tiene una cuenta MyChart existente.

Gestión de información de salud
**Solicitud de acceso de apoderado a la cuenta
MyChart de un menor**



Mi relación con el niño/adolescente es:

Padre biológico Padre adoptivo Otro: especifique _____

Tutor legal permanente – debe adjuntar una copia de la Orden judicial que designa al tutor y las Cartas de tutela que verifican el estado del Apoderado como tutor legal permanente del paciente. No debe haber órdenes judiciales vigentes que limiten o nieguen el acceso del Apoderado a los registros médicos o la información del paciente; si sus derechos de paternidad o tutela legal cambian, debe notificar a Community Health Systems.

Al enviar este formulario, doy fe de la exactitud de la información provista y acepto que usaré mi propia cuenta MyChart para acceder a la cuenta MyChart del niño/adolescente y cumpliré con los Términos y condiciones de MyChart para el uso de MyChart, disponibles al activar una cuenta de MyChart.

Fecha/Hora

Firma del Apoderado

Letra de molde

Devuelva el formulario completo a:

Community Health Systems, Attn: HIM Department (Proxy)

Correo: P.O. Box 1232, Fresno, CA 93715

Fax: (559) 459-2412

Para uso oficial: CRMC CCMC FSHS

Consultorio médico – Especifique consultorio: _____

1. ID de Apoderado verificado: Sí Fecha: _____

2. Nombre en letra de molde y teléfono de la persona que verifica la ID del Apoderado: _____

3. Fecha de activación de acceso del Apoderado: _____
Nombre en letra de molde: _____

Gestión de información de salud
**Solicitud de acceso de apoderado a la cuenta
MyChart de un menor**

