



Formulario para el representante de un niño Acceso al expediente myChart de un menor (Child Proxy Form) (Access to Your Child's MyChart Record)

Para inscribirse y acceder al registro myChart de su hijo, por favor complete las dos páginas de este Formulario para el representante de un niño. Al completar este formulario se creará un registro myChart para usted y su(s) hijo(s). Tenga en cuenta que puede acceder al expediente de su(s) hijo(s) por medio del registro myChart suyo.

Información del Padre/Tutor *: (Se requiere llenar todas las secciones – por favor escriba con letra clara)

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____
Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____
Tiene usted (padre/tutor legal) una cuenta activa de MyChart con MemorialCare? Si No No sé

Por favor tenga en cuenta las siguientes limitaciones de acuerdo a la edad del programa myChart. Dichas limitaciones no afectan ninguno de los derechos legales que usted tiene para acceder al expediente de su(s) hijo(s) por medio de otros medios. Para solicitar una copia impresa del expediente de su(s) hijo(s), comuníquese con el proveedor del cuidado de la salud de su(s) hijo(s).

- Si el niño está entre las edades de **recién nacido a los 11 años**: a usted se le otorgará acceso completo al registro myChart de su hijo.
- Si el niño está entre las edades de **12 a 17 años**: a usted se le otorgará acceso parcial al registro myChart de su hijo (por ejemplo, programar citas, alergias, vacunas)
- Una vez que el niño cumpla los **18 años de edad**, usted ya no tendrá acceso al registro myChart de su hijo.

Favor de proveer la siguiente información para cada niño: (Se requiere llenar todas las secciones).

- A. Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____
Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____
- B. Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____
Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____
- C. Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____
Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

► Por favor asegúrese de completar la 2da página de este formulario

Las condiciones de uso y el Acuerdo de myChart

Mi firma a continuación consta que yo entiendo y estoy de acuerdo en que:

- El propósito de myChart es servir como una fuente de información médica confidencial por internet. Si yo comparto la identificación y contraseña de mi cuenta myChart con otra persona, dicha persona podría ver la información de salud mía o la de mi(s) hijo(s) y la información de salud de quien me haya dado autorización para ser su representante de myChart;
- Es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantener mi contraseña segura y cambiar mi contraseña si creo que de alguna manera podría haber sido puesta en peligro;
- myChart contiene información médica limitada y seleccionada del expediente médico del paciente y que myChart no es un reflejo del contenido completo del expediente médico. También entiendo que se puede solicitar una copia impresa del expediente médico del paciente del proveedor del cuidado de la salud del paciente;
- Memorialcare Health Systems ("MemorialCare") provee acceso al myChart para el uso conveniente de los pacientes y que Memorialcare tiene el derecho de desactivar mi acceso al myChart en cualquier momento por cualquier motivo;
- El uso de myChart es voluntario y no tengo la obligación de utilizar myChart o de que autorice a un representante de myChart;
- Si mi relación legal con alguno de los niños listados cambia, debo infórmale inmediatamente al equipo del cuidado de la salud por teléfono o por escrito;
- MemorialCare y/o sus subsidiarios y proveedores afiliados se reservan el derecho de revocar el acceso del representante en cualquier momento y por cualquier motivo;
- Yo (a) enviaré mensajes en representación de mi(s) hijo(s) por medio del expediente del niño, (b) recibiré respuestas por medio del expediente de dicho niño y (c) recibiré correos electrónicos de alerta al correo electrónico que registré en la sección que pide el correo electrónico al crear mi información de acceso para el registro myChart;
- **myChart jamás debe usarse para cuestiones urgentes.** El plazo de tiempo dentro del cual usted puede esperar recibir una respuesta a los mensajes electrónicos es de 2 días hábiles. Por lo tanto, para todas las cuestiones médicas urgentes, me comunicaré por teléfono al consultorio del médico, iré a una sala de urgencias o marcaré al 911.

▶ _____ / _____ / _____
Firma del Padre/Tutor Parentesco con el paciente Fecha (obligatorio)

▶ _____ / _____ / _____
Nombre y firma del Testigo Consultorio Fecha (obligatorio)
(para uso administrativo solamente)