

Formulario de representación para pacientes menores de MyChart

Información del PACIENTE (en letra imprenta)

Nombre del paciente: _____ / ____ / ____
Apellido, Nombre Segundo nombre Fecha de nacimiento

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Número del Seguro Social (últimos 4 dígitos): XXX-XX-____ Número de teléfono: _____

PARENT/LEGAL GUARDIAN Information (Proxy)

Nombre del apoderado: _____ / ____ / ____
Apellido, Nombre Segundo nombre Fecha de nacimiento

¿Se ha registrado con un nombre diferente? _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Número del Seguro Social (últimos 4 dígitos): XXX-XX-____ Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico (obligatorio): _____

Para el padre/tutor legal (ambas casillas son obligatorias)

Elija un (1) acceso de MyChart aplicable a continuación:

- ☐ **Paciente menor de 0 a 11:** Otorga total acceso en línea al expediente de su hijo hasta que el paciente cumpla 12 años.
- ☐ **Paciente menor de 12 a 17:** Otorga total acceso en línea al expediente de su hijo hasta que el paciente cumpla 18 años. Debe incluir el consentimiento del paciente menor.
- ☐ **Paciente menor de 12 a 17 (incapacitado):** Al marcar esta casilla, certifico que mi hijo fue considerado incapacitado por un médico.

Seleccione su relación con el paciente:

- ☐ Padre
- ☐ Madre
- ☐ Tutor legal * *DEBE contar con documentos de respaldo registrados que confirmen la relación legal.*

Seleccione el documento registrado:

- ☐ Tutor legal permanente
- ☐ Tutor legal temporal (365 días o menos)

Certifico que soy el padre o el tutor legal del menor mencionado arriba y que toda la información que proporcioné es verdadera y correcta. Asimismo, acepto todos los términos y condiciones actuales y futuros incluidos en <https://www.mychart.org>.

_____/_____/_____
Firma del padre/tutor legal (obligatorio) Fecha (obligatorio)

Para paciente menor (de 12 a 17 años)

Al firmar este formulario:

- Entiendo que tengo derecho a controlar el acceso a los siguientes tipos de información: información o expedientes de salud relacionados con el VIH/sida, información o expedientes de salud mental o conductual, información sobre enfermedades de transmisión sexual (ETS), embarazo, anticoncepción, diagnóstico de drogadicción/alcoholismo, tratamientos o información sobre derivaciones, información o expedientes de pruebas genéticas, información sobre agresión o abuso sexual e información sobre maltrato o abandono de menores.
- Entiendo que, al firmar este formulario, la información mencionada arriba podría revelarse al padre/tutor legal identificado en el presente junto con otra información de salud de mi cuenta de MyChart.
- **Acepto permitir a mis padres/tutores legales, mencionados arriba, acceder en línea a mi información médica actualmente disponible y a la información que podría estar disponible como resultado de atención médica futura.**
- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. La solicitud para revocar el acceso parental debe enviarse por escrito y podría tardar varios días en procesarse.
- Entiendo que esta autorización vencerá automáticamente cuando el paciente cumpla 18 años si no la revoco antes.

_____/_____/_____
Firma del paciente menor (12-17) (no es obligatorio si está incapacitado) Fecha (obligatorio)

_____/_____/_____
Firma del empleado 1 (obligatorio) Fecha (obligatorio)

_____/_____/_____
Firma del empleado 2 (se necesitan dos testigos para solicitud verbal) Fecha (obligatorio)

Formulario de representación para pacientes menores de MyChart

Acceso a la cuenta de MyChart de su hijo

Nos complace ofrecer a los padres o tutores legales acceso a la cuenta de MyChart de su hijo. Es obligatorio llenar este formulario antes de que podamos establecer una cuenta de MyChart para usted y su hijo. Tenga en cuenta que se accederá a la cuenta de su hijo a través de su cuenta de MyChart (del apoderado). Entréguele el formulario completado a su representante.

Limitaciones

Tenga en cuenta que las siguientes limitaciones no afectan sus derechos legales de acceder al expediente de su hijo por otros medios. Para solicitar una copia impresa del expediente de su hijo, comuníquese con el establecimiento en el que se atendió para obtener las copias.

- **Todos los menores:** si se tomaron decisiones, resoluciones o fallos legales respecto de los derechos parentales que afectan el acceso a MyChart, podría tener que presentar información adicional. Si no podemos validar su relación con el menor, podría tener que presentar información adicional.
- **Menores de 0 a 11:** se le otorgará acceso total a la cuenta de MyChart de su hijo.
- **Menores de 12 a 17:** según las leyes estatales y federales, hay determinados tipos de información médica que los padres o tutores legales de un paciente menor de 12 a 17 años no puede ver sin el consentimiento del paciente menor. Debido a estos requisitos, el padre/tutor legal podría tener acceso limitado al expediente de su hijo (alergias y vacunas). Para obtener acceso total, tanto el menor de 12 a 17 años como el padre/tutor legal deben firmar este formulario.
- El paciente (de 12 a 17 años), el padre/tutor legal o HealthCare System pueden revocar el acceso del apoderado en cualquier momento. Incluso si el menor le informa a HealthCare System acerca de su estado de emancipación.
- **Paciente de 18 años:** el acceso del apoderado se cancela.

Términos y condiciones de MyChart

- Entiendo que mi proveedor se contactó con OSF HealthCare System para proporcionar su sistema de expedientes médicos electrónicos, incluido MyChart.
- Entiendo que MyChart tiene la finalidad de ser una fuente en línea segura de información médica confidencial. Si comparto mi identificación y contraseña de MyChart con otra persona, esa persona podría ver la información médica de mi hijo, o información médica sobre alguien que me haya autorizado como apoderado de MyChart.
- Acepto que es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantener mi contraseña segura y cambiarla si creo que se vio comprometida de algún modo.
- Entiendo que MyChart contiene información médica seleccionada limitada del expediente médico de un paciente y que MyChart no refleja el contenido completo del expediente médico. También entiendo que el proveedor correspondiente podría solicitar una copia impresa del expediente médico completo de un paciente. Entiendo que mis actividades dentro de MyChart pueden rastrearse mediante una auditoría informática y que las entradas que realice pueden formar parte del expediente médico.
- Entiendo que el acceso a MyChart es otorgado por mi proveedor a través de OSF Medical System para comodidad de sus pacientes y que mi proveedor u OSF HealthCare System tienen derecho a desactivar el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier motivo. Entiendo que el uso de MyChart es voluntario y que no tengo la obligación de usar MyChart ni de autorizar a un apoderado de MyChart.