



FORMULARIO MYCHART PARA APODERADOS DE MENORES DE EDAD

PLACE PATIENT LABEL HERE
(COLOQUE AQUÍ LA ETIQUETA
DEL PACIENTE)

Para solicitar el acceso al registro de MyChart de su hijo/a, complete ambas páginas del formulario para apoderados de menores de edad y envíelo a la oficina de su proveedor de atención médica o la dirección que figura abajo. Tenga en cuenta que se tendrá acceso a la ficha de su hijo/a por medio de su cuenta de registro de MyChart. Al completar este formulario se establecerá un registro de MyChart para usted y su hijo/a.

Envíe los formularios a: UI Health HIM Department (MC 772), MyChart Proxy Request, 833 South Wood Street, Suite B-52, Chicago, IL 60612 o envíe por fax al 312.413.8014 o envíe por correo electrónico a recordrequest@uic.edu

Información del padre/madre/tutor legal (Todas las secciones son obligatorias. Escriba en letra imprenta claramente.)

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Limitaciones según el rango de edad

- **0 a 11 años:** se le otorgará acceso total al registro de MyChart de su hijo/a.
- **12 a 17 años:** se le otorgará acceso parcial al registro de MyChart de su hijo/a según las leyes estatales y federales (programación de citas médicas, vacunas, alergias, tablas de crecimiento, comunicación limitada).
- **18 años:** ya no tendrá acceso al registro de MyChart de su hijo/a.

Información del niño/a (Todas las secciones son obligatorias. Escriba en letra de imprenta claramente. Debe completarse un formulario por separado para cada niño/a)

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Sexo (hombre o mujer): _____

Términos y acuerdo de MyChart

- Comprendo que MyChart está destinado a ser una fuente segura en línea de información confidencial sobre la salud. Si comparto mi usuario y contraseña de MyChart con otra persona, esa persona debe poder acceder a la información médica mía o de mi hijo/a.
- Estoy de acuerdo en que es mi responsabilidad escoger una contraseña confidencial, mantener mi contraseña de manera segura y cambiar mi contraseña si considero que puede haber sido comprometida de alguna manera.
- Comprendo que es mi responsabilidad asegurarme que mi correo electrónico esté activo siempre, ya que si mi correo electrónico no está activo no recibiré mensajes importantes de MyChart.
- Comprendo que MyChart contiene información seleccionada y limitada del registro médico de mi hijo/a y que MyChart no refleja el contenido completo del registro médico. También comprendo que es posible solicitar al Departamento de gestión de información médica (HIM) de UI Health una copia impresa del registro médico del paciente.





**FORMULARIO MYCHART PARA
APODERADOS DE MENORES DE EDAD**

PLACE PATIENT LABEL HERE
(COLOQUE AQUÍ LA ETIQUETA
DEL PACIENTE)

- Aunque MyChart contiene información limitada, comprendo que los individuos con acceso de apoderado pueden tener acceso a información seleccionada sobre salud mental y conductual, discapacidades del desarrollo, VIH/SIDA, diagnóstico y tratamiento del abuso de alcohol y drogas, pruebas y asesoramiento genéticos, agresión y abuso sexual, abuso y negligencia infantil, enfermedad de transmisión sexual, embarazo y métodos anticonceptivos.
- Comprendo que mis actividades dentro de MyChart pueden ser rastreadas electrónicamente y que las entradas que realice pueden formar parte del registro médico del paciente.
- Comprendo que el acceso a MyChart es proporcionado como una conveniencia para sus pacientes y que UI Health tiene el derecho a desactivar el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier razón.
- Comprendo que el uso de MyChart es voluntario y que el acceso de mi apoderado puede ser revocado si el paciente escribe a UI Health.

Al firmar abajo, reconozco que he leído y comprendido este formulario de apoderado de MyChart y estoy de acuerdo con sus términos. También certifico que soy el padre/madre o tutor legal del niño/a mencionado en este formulario y que toda la información suministrada es correcta. Por la presente solicito acceso al registro médico MyChart de mi hijo/a.

_____/_____
Firma del padre/madre/tutor legal **Fecha (Obligatorio)**

_____/_____
Relación con el paciente

Debe proveerse una copia de la documentación legal que verifique la custodia legal o el poder notarial si no ha sido incorporada en el archivo con anterioridad.

For Office Use Only (Sólo Para Uso de Oficina)

<input type="checkbox"/> Confirmed ID/Documentation Identificación/Documentación Confirmada	Name and Date: _____ Nombre y Fecha
<input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Denied Aprobado Negado	Name and Date: _____ Nombre y Fecha
<input type="checkbox"/> Scanned into Patient's Record Escaneado en el Registro del Paciente	Name and Date: _____ Nombre y Fecha
<input type="checkbox"/> Revoked Revocado	Name and Date: _____ Nombre y Fecha