

MyChart – Autorización para el acceso del representante de un menor

Información del menor/niño

Completar una autorización por cada niño menor de 18 años.
Debe llenar todos los espacios.

Nombre del paciente: _____ [] hombre [] mujer

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Vínculo con el padre/madre/tutor legal: _____

Información del padre/madre/tutor legal

Debe llenar todos los espacios.

Nombre del padre/madre/tutor legal: _____

Fecha de nacimiento: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____ Número telefónico: _____

Términos y condiciones de MyChart

Entiendo lo siguiente:

- MyChart contiene información médica seleccionada y limitada del historial médico del paciente y no refleja el contenido completo del historial médico. Una copia impresa del historial médico se puede solicitar a través del proveedor de servicios médicos del paciente.
- Mis actividades dentro de MyChart se rastrean a través de una auditoría informática y las entradas que haga pueden llegar a ser parte de mi historial médico o del historial médico del niño menor de edad.
- Mi acceso a cierta información sobre el menor de edad estará limitada a partir del momento en que él o ella cumpla los trece años de acuerdo con la ley estatal de Connecticut. En ese momento, mi adolescente menor también calificará para que él mismo active su propia cuenta en MyChart.
- Si mi adolescente menor tiene necesidades médicas especiales, el proveedor del niño puede autorizar el acceso completo a la cuenta de MyChart del menor si se considera que es lo más conveniente para él o ella. Mi adolescente menor puede también autorizar mi acceso completo a su cuenta MyChart después de analizar los derechos de privacidad con el proveedor de él o ella.
- Se enviará un mensaje al correo electrónico especificado en la cuenta del representado como recordatorio de algún cambio en la cuenta MyChart de mi adolescente menor. Se enviará 30 días antes de que ocurra el cambio. Entiendo que recibiré la notificación por correo electrónico y luego necesitaré ingresar para ver el mensaje.
- Estoy de acuerdo en cumplir con los términos y las condiciones en MyChart de Yale New Haven Health System, los cuales se encuentran disponibles en el sitio <https://MyChart.ynhhs.org/MyChart-PRD/default.asp?mode=stdfile&option=termsandconditions>

Al firmar a continuación, confirmo que estoy proporcionando documentación sobre mi autorización para acceder a la información médica protegida del niño menor de edad descrito anteriormente. Certifico que soy el padre, madre o tutor legal del paciente antes mencionado y que la información que he proporcionado es verdadera y correcta.

Firma del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

For Office Use Only

Patient MRN:

Proxy Activation Date: