

Formulario del apoderado de niños menores de 12 años

MyChart es un servicio proporcionado por el sistema de OSF Healthcare.

Acceso a la cuenta de MyChart de su hijo/a

Para solicitar el acceso a la cuenta de MyChart de su hijo/a, complete este formulario del apoderado de niños menores de 12 años. Tenga presente que se accederá a la cuenta de su hijo/a a través de su cuenta de MyChart (la del apoderado). Se debe completar este formulario antes de que se pueda configurar una cuenta de MyChart para usted y su hijo/a. Entregue el formulario completo al representante de atención médica.

Información del padre/de la madre/del tutor legal: (Todas las secciones son obligatorias; escriba claramente **en letra de imprenta**).

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre) _____
Últimos cuatro dígitos del número de seguro social: XXX-XX _____ Género: Masculino Femenino
Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Correo electrónico: _____

Tenga en cuenta las siguientes limitaciones por edad para MyChart. Estas limitaciones por edad no afectan ningún derecho legal que usted tenga a acceder al expediente de su hijo/a por otros medios. Para solicitar una copia impresa del expediente de su hijo/a, comuníquese con el centro en el que se brindó la atención a fin de obtener las copias correspondientes.

- Si su hijo/a tiene **entre 0 y 11 años**: a usted se le otorgará acceso total a la cuenta de MyChart de su hijo/a.
- Debido a las leyes federales y estatales, cuando un menor cumple 12 años, el acceso a su cuenta de MyChart se limitará a todos los usuarios. Para recuperar el acceso total, se debe completar el “**Formulario de autorización del apoderado de menores de 12 a 17 años**” y entregarlo al representante de atención médica. Los formularios de solicitud del apoderado para tener acceso total están disponibles en el consultorio/en la clínica o durante la hospitalización.
- El acceso limitado solo incluirá visualizaciones de las alergias y las vacunas en el archivo

Proporcione la siguiente información de su hijo/a: (Todos los campos son obligatorios. Si tiene más de un/a hijo/a para quien quiere tener acceso del apoderado, solicite otro formulario).

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

Fecha de nacimiento: _____ Nombre del proveedor: _____

Términos y acuerdo de MyChart

- Entiendo que mi proveedor contrató al sistema de OSF Healthcare para proporcionar MyChart.
- Entiendo que MyChart sirve como una fuente segura en línea de información médica confidencial. Si comparto mi identificación y contraseña de MyChart con otra persona, esa persona podría visualizar mi información de salud o la de mi hijo/a, y la información de salud sobre alguien que me haya autorizado como apoderado de MyChart.
- Acepto que soy responsable de seleccionar una contraseña confidencial, de conservar mi contraseña de manera segura y de cambiarla si creo que se ha comprometido de alguna manera.
- Entiendo que MyChart contiene información médica seleccionada y limitada del expediente médico del paciente y que MyChart no refleja el contenido completo de ese expediente. También entiendo que se puede solicitar una copia impresa del expediente médico completo de un paciente al proveedor correspondiente.
- Entiendo que mis actividades dentro de MyChart se pueden rastrear por auditoría informática y que lo que ingrese puede convertirse en parte del expediente médico del paciente.
- Entiendo que el sistema de OSF Healthcare se contrató para que yo acceda a MyChart, y que el sistema de OSF Healthcare y/o mi médico tienen derecho a desactivar el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier motivo. Entiendo que el uso de MyChart es voluntario y no estoy obligado a usar MyChart ni a autorizar a un apoderado de MyChart.
- Al firmar abajo, reconozco que he leído y entendido este formulario, y acepto sus términos. Además, acepto todos y cada uno de los términos y condiciones actuales y futuros indicados en el sitio de MyChart.

Página 1 of 1

_____/_____/_____
Firma del padre/de la madre/del tutor legal Relación con el paciente Fecha (Obligatoria)