MyChart
Manejar su salud via internet

Endeavor Health
Edward-Elmhurst MyChart

mychart.eehealth.org

Formulario de Apoderado de Menor

Acceso del padre/madre/tutor legal al expediente MyChart en línea de un paciente de 12 a 17 años de edad

Requisitos y procedimientos

Bajo leyes estatales y federales hay ciertos tipos de información médica que el padre, la madre o el tutor de un paciente menor de 12 a 17 años de edad no puede ver sin el consentimiento del paciente menor. Debido a estos requisitos, un padre, una madre o un tutor legal podrá tener acceso al expediente MyChart en línea de un paciente de 12 a 17 años de edad únicamente con el consentimiento del paciente. Tanto el niño de 12 a 17 años de edad como el padre, la madre o el tutor legal deben firmar este formulario.

Requisitos para tener acceso al expediente de un hijo(a):

- El padre o la madre biológico o la persona que solicita el acceso debe tener derechos de tutoría legal
- Se debe llenar y firmar un formulario de autorización paterna/materna
- Cada uno de los padres o la persona que solicita el acceso debe tener su propia cuenta MyChart o se establecerá para él/ella una cuenta MyChart

Comprendo que:

Debo tener una cuenta MyChart con Edward-Elmhurst Health o se establecerá una cuenta en mi nombre

- Debo conectarme con MyChart usando mi propia identificación y contraseña
- Debo hacer clic en 'View Other Records' (ver otros expedientes) para tener acceso a la información médica de mi hijo(a)
- Acepto cumplir con los términos y condiciones del sitio Edward-Elmhurst Health MyChart
- **MyChart no se debe utilizar en una emergencia**

Se revocará el acceso al padre o la madre biológico/tutor legal al expediente de un hijo(a) cuando:

- El padre o la madre biológico/tutor legal o el hijo(a) presenten una solicitud al respecto o lo revoquen en línea
- El hijo(a) cumpla 18 años de edad
- El hijo(a) informe a Edward-Elmhurst Health sobre su status de emancipado
- Las disputas entre padre/madre o padre o madre/hijo(a) acerca del acceso no se puedan resolver

Edward-Elmhurst Health se reserva el derecho de revocar en línea el acceso a información médica en cualquier momento.

Términos y acuerdo de MyChart

- Comprendo que MyChart tiene el propósito de ser una fuente segura en línea de información médica confidencial. Si comparto mi identificación y contraseña para MyChart con otra persona, esa persona podrá ver mi información médica o la de mi hijo(a) y la información médica de alguien que me haya autorizado como un apoderado para MyChart.
- Acepto que es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial para mantener mi contraseña de forma segura y cambiar mi contraseña si considero que ha sido comprometida de cualquier forma.
- Comprendo que MyChart contiene información médica selecta limitada del expediente médico de un paciente y que MyChart no refleja el contenido completo del expediente médico. Comprendo asimismo que una copia impresa del expediente médico de un paciente podría ser solicitada a la clínica del paciente.
- Comprendo que mis actividades dentro de MyChart pueden ser rastreadas por auditoría computarizada y que mis entradas podrían llegar a formar parte del expediente médico del paciente.
- Comprendo que el acceso a MyChart es facilitado por Edward-Elmhurst Health para comodidad de sus pacientes y que Edward-Elmhurst tiene derecho a desactivara el acceso a MyChart en cualquier momento por cualquier motivo. Comprendo que el uso de MyChart es voluntario y no estoy obligado a usar MyChart ni a autorizar un apoderado para MyChart.
- Comprendo que aunque únicamente sea un paciente de Edward-Elmhurst Health o DuPage Medical Group, la información acerca de mi salud será compartida con el otro proveedor debido a que ambos proveedores comparten conjuntamente MyChart.

Al firmar al pie reconozco que he leído y comprendido este formulario de inscripción de MyChart y acepto sus términos.

MyChart
Manejar su salud via internet

Endeavor Health
Edward-Elmhurst MyChart

mychart.eehealth.org

Formulario de Apoderado de Menor

Formulario de autorización

Favor ingresar la información del paciente abajo:

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

Fecha de nacimiento _____ Sexo: _____Hombre_____Mujer

Dirección/Ciudad/Estado/Código postal (zip):_____

Para ser notificado cuando se envíen a MyChart nuevos mensajes sobre la atención que recibe el paciente, sírvase ingresar una dirección de correo electrónico:

_____

Favor ingresar la información del padre o la madre o el tutor legal abajo:

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

Últimos 4 dígitos del número del Seguro Social _____ Fecha de nacimiento_____

Dirección/Ciudad/Estado/Código postal (zip):_____

Número telefónico en el expediente: _____

Relación con el paciente: ____ Padre/Madre ____ Tutor legal _____ Otro (Favor especificar:_____)

Nota: El acceso al expediente en línea de un paciente está disponible únicamente a los padres o a personas con tutoría legal.

He leído y comprendido los requisitos y procedimientos para tener acceso a la información en el expediente médico de mi hijo(a) en línea como se establece en la primera página de este documento bajo el título de, Acceso del padre/madre/tutor legal al expediente MyChart en línea de un paciente de 12 a 17 años de edad.
Certifico que soy el padre o la madre o el tutor legal del hijo(a) listado arriba y que toda la información que he proporcionado es correcta. Por este medio solicito acceso al expediente médico en línea de mi niño.

_____ _____
Fecha Firma del padre/madre/tutor legal

Para paciente (de 12 a 17 años de edad)

Acepto permitir a mi padre/madre/tutor legal, nombrado arriba, acceso en línea a mi información médica actualmente disponible y que pueda estar disponible como resultado de atención médica futura. Comprendo que esta autorización vencerá automáticamente dentro del término de un año a partir de la fecha de mi firma y que puedo revocar este acceso en cualquier momento.

Comprendo que la siguiente información se podrá divulgar junto con otra información sobre la salud en mi expediente médico: información y/o registros médicos relacionados con el VIH/SIDA, información y/o registros médicos sobre salud conductual o mental, información sobre enfermedades de transmisión sexual (STD, por sus siglas en inglés), embarazo, métodos anticonceptivos, información sobre diagnóstico, tratamiento y/o referencias relacionada con abuso de drogas/alcohol, información y/o registros sobre pruebas genéticas, información sobre asalto/abuso sexual, información sobre abuso y negligencia con respecto a menores y abuso doméstico de un adulto con discapacidad.

_____	_____	_____	
Fecha	Firma del pacient	**Escribir** nombre claramente	
_____	_____	_____	_____
Fecha	Firma del testigo (cualquier persona que no sea uno de los padres o el paciente puede ser testigo)	**Escribir** nombre claramente	Relación con el paciente