



Formulario de apoderado para niños/Child Proxy Form

Acceda al registro de MyChart de su hijo

Para registrarse con el fin de acceder al registro de MyChart de su(s) hijo(s) que es/son paciente(s) de Shepherd Center (el "Paciente" o los "Pacientes"), complete ambas páginas de este Formulario de apoderado para niños. Tenga en cuenta que se accederá a MyChart del Paciente a través del registro de MyChart de usted. Completar este formulario implicará crear un registro de MyChart para usted y para el/los Paciente(s), si el Paciente/los Pacientes todavía no ha(n) creado un registro de MyChart.

Información del padre/madre/tutor: (es obligatorio completar todas las secciones, escriba claramente con letra de imprenta)

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

Número de seguro social (solo los últimos 4 dígitos): _____ Fecha de nacimiento: _____

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

Dirección de correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____

Tenga en cuenta las siguientes limitaciones de rango de edad para MyChart. Estas limitaciones de rango de edad no afectan sus derechos a acceder a la historia clínica de su hijo por otros medios.

- Si su hijo tiene **entre 10 y 17 años**: se le otorgará a usted acceso parcial al registro de MyChart de su hijo. (p. ej., programación de citas, vacunas) hasta que su hijo cumpla los 18 años.
- Una vez que su hijo cumpla **18 años**, usted ya no tendrá acceso al registro MyChart de su hijo hasta que usted y su hijo adulto completen un Formulario de apoderado para adultos.

Proporcione la siguiente información para cada hijo: (todos los campos son obligatorios. Si tiene más de cuatro hijos para los cuales quisiera tener acceso como apoderado, solicite otro formulario).

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

Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

► **Recuerde completar la página 2 de este formulario.**



Términos de MyChart y acuerdo: Al firmar este formulario, reconozco y comprendo que:

- La información médica del Paciente está protegida en virtud de las leyes federales y estatales.
- MyChart es una fuente en línea segura de información médica confidencial. Acepto que es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantener mi contraseña de manera segura y cambiar mi contraseña si creo que puede haberse visto comprometida de alguna forma. Si comparto mi identificación (ID) y contraseña de MyChart con otra persona, esa persona puede visualizar la información médica mía o del Paciente.
- MyChart contiene información médica seleccionada y limitada proveniente de la historia clínica del Paciente, y MyChart no refleja el contenido completo de la historia clínica del Paciente.
- Mis actividades en MyChart pueden ser rastreadas y los datos que ingrese pueden pasar a formar parte de la historia clínica.
- El acceso a MyChart es proporcionado por Shepherd Center para comodidad de sus pacientes y Shepherd Center tiene derecho a desactivar el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier motivo. Entiendo que el uso de MyChart es voluntario y no tengo la obligación de utilizar MyChart o de autorizar a un apoderado de MyChart. Sin embargo, también entiendo que si no se completa este formulario, Shepherd Center no proporcionará acceso de apoderado a MyChart.
- Una vez que se divulga la información, existe la posibilidad de que se vuelva a divulgar y tal vez la información divulgada ya no esté amparada por las protecciones de privacidad federales o estatales.
- Shepherd Center no condiciona el tratamiento de la atención médica, el pago u otros servicios al hecho de que se complete este formulario.
- Una vez que se divulga la información, se puede volver a divulgar y tal vez ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.
- Yo puedo revocar el acceso del Apoderado en cualquier momento mediante la presentación de una solicitud de revocación escrita a Shepherd Center. Esta revocación no afectará cualquier divulgación que se hubiera hecho antes de la solicitud de revocación.
- El Apoderado puede tener acceso a MyChart del Paciente hasta cualquiera de las siguientes instancias, la que ocurra primero:
 - El Paciente cumple 18 años.
 - Yo solicito por escrito que se cancele el acceso.
 - El Paciente revoca el acceso.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendo este formulario y acepto sus términos.



Firma del padre/madre/tutor

Relación con el paciente

Fecha (obligatorio)