



Check GSH MMC SCH SCS SFH
One: SJH CHS OTHER: _____

MyChart - SCAN, CHILD PROXY - SPANISH, 11/19/13

El presente formulario debe completarlo un padre o tutor legal para obtener acceso a la cuenta de CHS MyChart de un niño. Una vez completado, se crearán las cuentas de CHS MyChart para el niño y el padre o tutor. El padre o tutor tendrá acceso a la cuenta de CHS MyChart del niño a través de su propia cuenta de CHS MyChart. *Se debe adjuntar al presente formulario la documentación que demuestre la autoridad legal del tutor.*

Información del padre o tutor (complete todas las secciones, escriba con claridad en letra de imprenta).

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: / /

Dirección: _____

Número de identificación: _____

Información del niño (complete todas las secciones, escriba con claridad en letra de imprenta).

Nombre: _____

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: / /

Número de historia clínica: _____

Entiendo que CHS MyChart es una fuente en línea segura de información de salud protegida. Cualquier persona con la que comparta mi identificación de usuario y contraseña tendrá acceso a mi registro en CHS MyChart y a toda la información de salud protegida relacionada con mi hijo y con cualquier persona que me haya autorizado como apoderado de CHS MyChart. Entiendo que una vez que se divulgue cualquier información de salud, la otra persona puede volver a divulgar dicha información de salud obtenida en CHS MyChart. Es posible que la divulgación posterior no esté cubierta por protecciones federales de privacidad.

Entiendo que es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantenerla y cambiarla si siento que está en riesgo.

Su prestador y Catholic Health Services de Long Island (CHS) ofrecen CHS MyChart como una ventaja para los pacientes. Entiendo que una vez que mi hijo cumpla 18 años, la mayoría de edad conforme a la ley, o se convierta en un menor emancipado, se terminará mi acceso a su cuenta, a menos que mi hijo me permita continuar teniendo acceso.

Entiendo que mi prestador o CHS tienen el derecho de desactivar mi cuenta en cualquier momento y por cualquier motivo. Entiendo que mi participación en CHS MyChart es voluntaria y no es una condición para mi tratamiento de atención médica, pago u otros servicios.

Si corresponde, la documentación que envié para establecer mi tutela legal es verdadera y exacta. Si mi autoridad legal para actuar en representación del niño se anula, revoca, termina o expira, acepto informar al prestador de inmediato por escrito. Mi acceso al registro en CHS MyChart del niño finalizará.

Solicito acceder como un apoderado a la información de salud protegida de mi hijo a través de CHS MyChart. Reconozco que he leído y comprendido la presente autorización, y acepto atenerme a sus términos.

X

Firma del padre o tutor (obligatorio)

Relación con el paciente

Fecha/Hora

NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA