

Hoja informativa sobre el acceso de los padres a MyChart

MyChart Parental Access Information Sheet-Spanish

Pacientes de 12 a 17 años de edad

Patent 12 to 17 Years of Age-Spanish

Southcoast reconoce que los padres o el tutor legal de cualquiera de sus pacientes que tenga entre 12 y 17 años de edad pueden tener acceso limitado a su historia clínica en línea por poder a través de MyChart. Southcoast reconoce además que un paciente que tenga entre 12 y 17 años de edad puede acceder a su propia historia clínica en línea a través de MyChart. Una vez que se establece la cuenta MyChart con el permiso de los padres, los pacientes que tengan entre 12 y 17 años de edad pueden acceder a sus propias historias clínicas en línea a través de MyChart.

Los padres/tutores legales que deseen tener acceso por poder a la historia clínica en línea de un paciente de Southcoast a través de MyChart presentando un **Formulario de autorización de acceso de los padres a MyChart: pacientes entre 12 y 17 años de edad**, deben cumplir con las siguientes condiciones:

- + El padre, la madre o la persona que solicita el acceso debe tener derechos de tutela legal.
- + El Formulario de autorización de acceso de los padres a MyChart: pacientes entre 12 y 17 años de edad, debe ser completado y firmado (solo se requiere la firma de uno de los padres).
- + El padre, la madre o el tutor legal deben iniciar sesión en MyChart con su propia identificación de usuario y contraseña si solicitan acceso al expediente en línea MyChart de su hijo.
- + Las comunicaciones entre un proveedor y el paciente deben enviarse desde el registro MyChart del paciente y nunca se pondrán a disposición de los padres o del tutor legal mediante el acceso por poder al registro MyChart del paciente.
- + El padre, la madre o el tutor legal deben estar de acuerdo en respetar los términos y condiciones del sitio MyChart si solicitan acceso al expediente en línea MyChart de su hijo.
- + **MyChart no debe utilizarse en caso de emergencia.**

En virtud de las leyes de privacidad que establecen una mayor confidencialidad con respecto a ciertos tipos de información médica de pacientes de entre 12 y 17 años de edad, el acceso por poder de los padres/tutores legales para este grupo de edad está restringido a lo que se indica a continuación:

- + Alergias;
- + Registros de vacunas;
- + Gráficas de crecimiento;
- + Historial familiar;
- + Información sobre la cobertura del seguro que no incluya información sobre reclamaciones específicas; y
- + Programación de citas.

El acceso de los padres/tutores legales a la historia clínica de un paciente es revocado cuando:

- + El paciente cumple 18 años de edad.
- + El paciente le informa a Southcoast sobre su estatus de emancipado.
- + Cualquier disputa que involucre a los padres, a los tutores legales o a los hijos no pueda resolverse.

Los padres/tutores legales con una cuenta MyChart recibirán un mensaje de MyChart cuando el acceso a la historia clínica del paciente esté disponible, por lo general entre 5 y 7 días laborables después de recibir el formulario de autorización completado.

Nota: el acceso por poder a la historia clínica en línea de un paciente de entre 12 y 17 años de edad solo está disponible para los padres biológicos/adoptivos o las personas con tutela legal, y está restringido de conformidad con las leyes aplicables. Se requiere un formulario de autorización separado para cada niño.

Solicitud de acceso de los padres a MyChart

MyChart Parental Access Information Sheet-Spanish

(MRN): _____

Acceso de los padres de pacientes de 12 a 17 años de edad a la historia clínica electrónica de Southcoast Health
Parent of Patient 12 – 17 Years of Age Access to the Southcoast Health Electronic Medical Record-Spanish

Escriba en LETRA DE IMPRENTA (excepto la firma) y proporcione información completa en cada sección.

Nombre legal completo del **paciente** _____ Fecha de nacimiento _____ Género _____

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Información del padre/madre/tutor legal:

Nombre legal completo del padre/madre/tutor _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____

Relación con el paciente: ____ padre/madre biológico(a) ____ padre/madre adoptivo(a) ____ tutor legal

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección de correo electrónico (opcional): _____

Opcional: El otro padre/madre/tutor legal

Si corresponde, información del otro padre/madre/tutor legal:

Nombre legal completo del padre/madre/tutor _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____

Relación con el paciente: ____ padre/madre biológico(a) ____ padre/madre adoptivo(a) ____ tutor legal

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección de correo electrónico (opcional): _____

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, comprendo y acepto los términos de esta Solicitud de acceso de los padres a MyChart y de la Hoja informativa sobre el acceso de los padres a MyChart: pacientes de entre 12 y 17 años de edad, así como cualquier requisito y procedimiento adicional para acceder a la información médica de mi hijo en línea. Certifico que soy el padre, la madre o el tutor legal del menor de edad indicado arriba y que toda la información que he proporcionado es correcta. Reconozco que, en virtud de mi firma a continuación, mi hijo puede tener acceso a información médica en línea a través de MyChart, independientemente de que yo solicite el acceso a dicha información a través de MyChart a continuación. Además, reconozco que mi acceso a la información médica de mi hijo en MyChart estará restringido a los tipos de información médica enumerados en esta solicitud de conformidad con las leyes aplicables.

Por la presente solicito acceso al expediente en línea MyChart de mi hijo. Póngase en contacto conmigo por medio de la dirección de correo electrónico/correo postal indicada arriba para establecer el acceso a MyChart.

(Escriba sus iniciales): Sí _____ No _____

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

Solicitud de acceso de los padres a MyChart

MyChart Parental Access Information Sheet-Spanish

Acceso de los padres de pacientes de 12 a 17 años de edad a la historia clínica electrónica de Southcoast Health
Parent of Patient 12 – 17 Years of Age Access to the Southcoast Health Electronic Medical Record-Spanish

Opcional: El otro padre/madre/tutor legal

Por la presente solicito acceso al expediente en línea MyChart de mi hijo. Póngase en contacto conmigo por medio de la dirección de correo electrónico/correo postal indicada arriba para establecer el acceso a MyChart.

(Escriba sus iniciales): Sí _____ No _____

Firma del **padre/madre/tutor legal**

Fecha

Para ser completado por el PACIENTE:

Por la presente acepto permitirle a mi padre/madre/tutor legal, mencionado anteriormente, el acceso en línea a través de MyChart a mi información médica disponible actualmente y que pueda estar disponible derivada de mi atención médica en el futuro. Comprendo que MyChart no les mostrará información médicamente sensible a mi padre/madre/tutor legal, y que a estos solo se les dará acceso por poder a través de su cuenta de MyChart a la información relacionada con mis alergias, registros de vacunación, gráficas de crecimiento, historial familiar y una descripción de mi cobertura de seguro que no incluya ninguna información específica de visitas o reclamaciones similares.

Comprendo que ni a mi padre ni a mi madre se le proporcionarán acceso total por poder a mi información médica, pero que aun así podrán acceder a cierta información protegida, con mi consentimiento si así lo requiere la ley aplicable, poniéndose en contacto con el Departamento de Administración de la Información Médica de Southcoast según se establece a continuación.

El firmar esta autorización me permite obtener un código de activación para revisar mi información de paciente en MyChart.

Correo electrónico del **paciente**

Firma del **paciente**

Fecha

Southcoast se reserva el derecho a revocar el acceso en línea a la información médica en cualquier momento.
Southcoast no exige que se complete este formulario como condición para evaluación o tratamiento.

Envíe el formulario completado por correo a: Southcoast Health, Health Information Management Department,
200 Mill Road, Suite 210, Fairhaven, MA 02719

Envíe el formulario completado por correo electrónico a: SC-HIM-MyChart@Southcoast.org

Envíe el formulario completado por fax al: 508-973-3690

Preguntas: 508-973-3700