



Hoja informativa para el acceso de los padres a MyChart Pacientes de 12 a 17 años de edad

Southcoast reconoce que los padres o el tutor legal de un paciente de Southcoast que es un niño de 12 a 17 años de edad pueden tener acceso limitado a los registros médicos online del paciente a través de MyChart. Además, Southcoast reconoce que un paciente que es un niño de 12 a 17 años de edad puede tener acceso a sus propios registros médicos online a través de MyChart sin el consentimiento de un padre o de su tutor legal.

Los padres/tutores legales que quieran acceder a los registros médicos de un paciente de Southcoast online, a través de MyChart, enviando el Formulario de autorización para acceso de los padres a MyChart: Paciente de 12 a 17 años de edad deben cumplir las siguientes condiciones:

- El padre o la persona que solicite el acceso debe contar con los derechos legales de guarda.
- Completar y firmar el Formulario de autorización para el acceso de los padres a MyChart: Paciente de 12 a 17 años de edad (se requiere del consentimiento de uno de los padres únicamente).
- El padre/madre/tutor legal debe iniciar sesión en MyChart con su propia Identificación de usuario y clave si solicitan el acceso al registro médico online de MyChart de su hijo/a.
- Las comunicaciones en nombre del paciente deben enviarse a través del registro de MyChart del paciente y las respuestas se recibirán en el registro de MyChart del paciente.
- El padre/madre/tutor legal deben aceptar cumplir con los términos y condiciones en el sitio web MyChart si solicita acceso al registro online de MyChart de su hijo/a.
- **No se debe utilizar MyChart en casos de emergencia.**

Se revocará el acceso del padre/madre/tutor legal al registro del paciente cuando:

- El paciente cumpla 18 años.
- El paciente informe a Southcoast que está emancipado.
- No sea posible resolver los conflictos generados entre los padres, tutores legales o los niños.

Los padres/tutores legales que poseen una Cuenta de MyChart recibirán un mensaje cuando esté disponible el acceso al registro del paciente; por lo general de 5 a 7 días hábiles después de recibir el formulario de autorización completo.

Nota: El acceso al registro online de un paciente que es un niño de 12 a 17 años de edad solo se encuentra disponible para los padres biológicos/adoptivos o personas a cargo de la tutela legal y se restringirá el acceso en cumplimiento de las leyes aplicables. Es necesario presentar una solicitud individual por cada niño.



Southcoast[®] Health

MRN [Nº Registro Médico]: _____

Southcoast Health

Solicitud para el acceso de los padres a MyChart

Acceso al registro médico electrónico de Southcoast Health para pacientes de 12 a 17 años de edad

Por favor ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA (salvo la firma) y brinde información completa en cada sección

_____ Nombre legal completo del paciente	_____ Fecha de nacimiento	_____ Sexo	
_____ Dirección postal	_____ Ciudad	_____ Estado	_____ Cód. Postal
_____ Número de teléfono			

Información del **Padre/Madre/Tutor legal** en letra de imprenta:

_____ Nombre legal completo del Padre/Madre/Tutor legal	_____ Fecha de nacimiento	_____ Número de teléfono	
Relación con el paciente: ____ Padre/madre biológico ____ Padre/madre adoptivo ____ Tutor legal			
_____ Dirección postal	_____ Ciudad	_____ Estado	_____ Cód. Postal
Dirección de correo electrónico (opcional): _____			

Opcional: Segundo padre/madre/tutor legal

Si **corresponde**, por favor incluya la información del **Padre/Madre/Tutor legal** en letra de imprenta:

_____ Nombre legal completo del Padre/Madre/Tutor legal	_____ Fecha de nacimiento	_____ Número de teléfono	
Relación con el paciente: ____ Padre/madre biológico ____ Padre/madre adoptivo ____ Tutor legal			
_____ Dirección postal	_____ Ciudad	_____ Estado	_____ Cód. Postal
Dirección de correo electrónico (opcional): _____			

Con mi firma a continuación, acepto que he leído, comprendido y acepto los términos de la Hoja informativa para el acceso de los padres a MyChart: Paciente de 12 a 17 años de edad, así como cualquier otro requisito y procedimiento adicional para acceder a la información médica online de mi hijo/a. Yo certifico que soy el padre/madre o tutor legal del niño antes mencionado y que toda la información brindada es correcta. Reconozco que, según el consentimiento que otorgo a continuación, mi hijo/a puede tener acceso a la información médica online a través de MyChart, independientemente de si solicito el acceso a tal información a través de MyChart. Por otro lado, reconozco que mi hijo/a podrá posteriormente restringir el acceso a la información médica de mi hijo/a en MyChart en relación a ciertos tratamientos médicos que mi hijo/a puede legalmente consentir realizar sin el consentimiento de sus padres.

Por la presente, solicito acceso al registro online de MyChart correspondiente a mi hijo/a. Por favor comuníquese conmigo a la dirección de correo electrónico/postal antes mencionada para establecer el acceso a MyChart.

(coloque sus iniciales): Sí: _____ No: _____

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal

Fecha



Southcoast® Health

Opcional: Segundo padre/madre/Tutor legal

Por la presente, solicito acceso al registro online de MyChart correspondiente a mi hijo/a. Por favor comuníquese conmigo a la dirección de correo electrónico/postal antes mencionada para establecer el acceso a MyChart.

(coloque sus iniciales): Sí: _____ No: _____

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal

Fecha

A completar por el paciente:

Por la presente otorgo el siguiente acceso a mi padre/madre/tutor legal:

_____ **Acceso limitado de apoderados:** Acepto que mi padre/madre/tutor legal, antes mencionado, tenga acceso online a mi información médica actualmente disponible y que pueda estar disponible como consecuencia de atención médica futura. Comprendo que mi cuenta de MyChart **no mostrará información médica sensible a mi padre/madre/tutor legal.** Comprendo que puedo otorgar acceso completo de apoderado a esta información médica sensible en cualquier momento comunicándome con el Departamento de Manejo de Información de Salud (Health Information Management Department) como se detalla a continuación.

Firma del paciente

Fecha

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

Envíe el Formulario completo por correo a: Southcoast Health
Health Information Management Department
Release of Information/MyChart
200 Mill Road, Suite 210
Fairhaven, MA 02719

Envíe el formulario completo por fax a: (508) 973-3690

Preguntas: (508) 973-3700

Solo para uso interno: Verificado y acceso ingresado por: _____ Fecha: _____