

**Ficha de Informação de Acesso Parental de MyChart
Pacientes com Idades entre os 12 – 17 anos**

Southcoast reconhece que o pai/mãe ou responsável legal de um paciente do Southcoast o qual é uma criança de 12 a 17 anos de idade poderá ter acesso de proxy limitado aos registos médicos do paciente online via MyChart. Southcoast ainda reconhece que um paciente que tenha de 12 a 17 anos de idade possa acessar os seus próprios registos médicos online via MyChart sem o consentimento dos pais ou responsável legal.

Pais/responsáveis legais que requeiram acesso de proxy ao registo médico do paciente de Southcoast online através de MyChart, submetendo um Formulário de Autorização de Acesso Parental de MyChart: Paciente com idades entre os 12 – 17 anos, devem aderir às seguintes condições:

- Pais ou indivíduos requerendo acesso devem ter direitos de tutela legal.
- Formulário de Autorização de Acesso Parental de MyChart: Paciente com idades entre 12 – 17 anos deve estar completo e assinado (a assinatura de sómente o pai ou mãe é requerido).
- Pais/responsável legal devem entrar no MyChart com a sua própria identificação de usuário e senha para terem acesso ao registo médico online da criança.
- Comunicações entre um provedor de cuidados e o paciente devem ser enviadas do registo MyChart do paciente e nunca estarão disponíveis para os pais ou responsáveis legais através do acesso de proxy para o registo MyChart do paciente.
- Pais/responsável legal devem concordar em seguir os termos e condições do site de MyChart se requererem acesso ao registo médico online do MyChart da criança.
- **O MyChart não é para ser usado numa emergência.**

O acesso de proxy dos Pais /Responsável legal ao registo de um paciente de 12 a 17 anos de idade é restrito sómente ao seguinte tipo de informação médica de acordo com as leis de privacidade que providenciam a maior confidencialidade para certos tipos de informação médica dos pacientes de 12-17 anos de idade:

- Alérgias;
- Registos das vacinas;
- Gráficos de crescimento;
- História familiar; e
- Informação sobre cobertura de seguro que não inclui qualquer informação específica sobre um processo.

O acesso de proxy dos Pais/responsável legal ao registo do paciente é revogado quando:

- O paciente faz 18 anos.
- O paciente informa o Southcoast da sua emancipação.
- Qualquer disputa que envolve os pais, responsável legal ou crianças que não podem ser resolvidas.

Os pais/responsáveis legais com uma Conta MyChart receberão uma mensagem quando o acesso ao registo do paciente se tornar disponível, tipicamente 5 a 7 dias úteis após recebimento do formulário completo de autorização.

Nota: Acesso de proxy ao registo online de um paciente entre as idades de 12 a 17 anos só estará disponível aos pais biológicos/adotivos ou indivíduos com responsabilidade legal e é restrito de acordo com as leis aplicáveis. Um formulário de autorização separado é requerido para cada criança.

MRN [Nº Registro Médico]: _____

Southcoast Health

Solicitação para Acesso Parental MyChart

Acesso dos pais dos pacientes com idade entre os 12 – 17 Anos ao Registro Médico Eletrônico de Southcoast Health

Por favor IMPRIMA (excepto a assinatura) e forneça informação completa em cada secção

Nome Completo Legal do Paciente_____
Data de Nascimento_____
Sexo_____
Endereço de correspondência_____
Cidade_____
Estado_____
Código Postal_____
Número de Telefone**Informação dos Pais/Responsável Legal:**_____
Nome completo legal dos Pais/Responsável legal_____
Data de Nascimento_____
Número de Telefone

Relação com o Paciente: _____ Pais Biológicos _____ Pais Adotivos _____ Responsável legal

Endereço para correspondência_____
Cidade_____
Estado_____
Código Postal

Endereço Eletrônico(opcional): _____

Opcional: Segundo Pai/Responsável Legal**Se aplicável**, informação de segundo **Pai/Responsável Legal**:_____
Nome completo legal dos Pais/Responsável legal_____
Data de Nascimento_____
Número de Telefone

Relação com o Paciente: _____ Pais Biológicos _____ Pais Adotivos _____ Responsável legal

Endereço para correspondência_____
Cidade_____
Estado_____
Código Postal

Endereço Eletrônico(opcional): _____

Ao assinar abaixo, reconheço que li, compreendo e concordo com os termos desta aplicação de Acesso Parental MyChart e a Página de informação sobre o acesso parental ao MyChart: Pacientes com idade entre 12 - 17 Anos, assim como com qualquer requerimento adicional e procedimentos para acesso à informação médica online da minha criança. Certifico que sou o pai/mãe ou responsável legal da criança acima mencionada e que toda a informação fornecida está correta. Reconheço que conforme a minha assinatura abaixo, a minha criança poderá ter acesso à informação médica online através de MyChart, independentemente se requeri acesso a tal informação através de MyChart abaixo. Reconheço, ainda, que o meu acesso à



informação médica no MyChart da minha criança, será restrita aos tipos de informação médica mencionada nesta Aplicação de acordo com as leis aplicáveis.

Venho por este meio solicitar acesso ao registo MyChart online da minha criança. Por favor contacte-me por correio eletrónico/endereço acima para estabelecer o acesso MyChart.

(Favor, coloque suas iniciais): Sim: _____ Não: _____

Assinatura dos Pais/Responsável Legal

Data

Opcional: Segundo Pai/mãe/Responsável Legal

Venho por este meio solicitar acesso ao registo MyChart online da minha criança. Por favor, contacte-me por correio eletrónico/endereço acima para estabelecer o acesso MyChart.

(Favor coloque suas iniciais): Sim: _____ Não: _____

Assinatura dos Pais/Responsável Legal

Data

A ser completado pelo PACIENTE:

Aqui concordo em permitir que o meu pai/mãe/responsável legal mencionado acima, tenha acesso online à minha informação médica atualmente disponível através do MyChart que poderá vir a estar disponível como resultado de cuidado médico futuro. Compreendo que MyChart **não apresentará informação médica sensível aos meus pais/responsável legal** e que o meu pai/mãe/responsável legal só terão acesso de proxy através da conta de MyChart a informação relacionada a alérgias, registos de imunizações, gráficos de crescimento, história familiar e uma descrição da minha cobertura de seguro que não inclua qualquer visita específica ou informação sobre um processo.

Compreendo que não será providenciado aos meus pais acesso de proxy total à minha informação médica, mas que os meus pais poderão ainda ter acesso a certa informação privilegiada – com o meu consentimento se for requerido pelas leis aplicáveis, contactando o Departamento de Informação de Saúde do Southcoast, conforme estabelecido abaixo. Também compreendo que preciso submeter uma aplicação separada para o meu próprio acesso à minha informação médica através do MyChart.

Assinatura do Paciente

Data

O Southcoast reserva o direito a revogar o acesso online à informação médica, em qualquer momento.
O Southcoast não exige o preenchimento deste formulário como condição de avaliação ou tratamento.

Envie o Formulário Completo para: Southcoast Health
Health Information Management Department
Release of Information/MyChart
200 Mill Road, Suite 210
Fairhaven, MA 02719

Envie o Formulário Completo por Fax para: (508) 973-3690

Perguntas: (508) 973-3700

Internal use only: Verified and access entered by: _____ Date: _____

