

Hoja informativa de acceso parental a MyChart

MyChart Parental Access Information Sheet-Spanish

Paciente de 12 a 17 años de edad Patient 12 to 17 Years of Age

Southcoast reconoce que el padre/madre o tutor legal de un paciente de Southcoast, adolescente de 12 a 17 años de edad puede tener acceso por poder limitado al historial médico del paciente en línea a través de MyChart. Southcoast reconoce además que un paciente adolescente de 12 a 17 años de edad puede acceder a su propio historial médico en línea a través de MyChart sin el consentimiento de un padre/madre o tutor legal.

Los padres/madres/tutores legales que deseen tener acceso por poder al historial médico de un paciente de Southcoast en línea a través de MyChart presentando un **Formulario de Autorización de Acceso Parental a MyChart: paciente de 12 a 17 años de edad** deben cumplir las siguientes condiciones:

- + El padre/madre o la persona que solicita el acceso debe tener derechos de tutela legal.
- + El Formulario de Autorización de Acceso Parental a MyChart: paciente de 12 a 17 años de edad debe ser completado y firmado (se requiere el consentimiento de solo uno de los padres).
- + El padre/madre o tutor legal debe iniciar sesión en MyChart con su propio ID de usuario y contraseña si solicitan acceso al historial médico en línea de su hijo en MyChart.
- + Las comunicaciones entre un proveedor de atención médica y el paciente deben enviarse desde el historial médico de MyChart del paciente y nunca estarán a disposición de un padre/madre o tutor legal a través del acceso por poder al historial médico de MyChart del paciente.
- + El padre o tutor legal debe aceptar los términos y condiciones del sitio MyChart si solicita acceso al historial médico en línea de su hijo en MyChart.
- + **MyChart no debe usarse en caso de emergencia.**

Debido a las leyes de privacidad que establecen una mayor confidencialidad para ciertos tipos de información médica con pacientes de 12 a 17 años de edad, el acceso por poder de los padres/tutores legales para este grupo de edad está restringido a lo siguiente:

- + Alergias;
- + Registro de vacunación;
- + Gráficos de crecimiento;
- + Historia familiar;
- + Información sobre la cobertura del seguro que no incluya información específica sobre reclamos; y
- + Programación de citas.

El acceso por poder del padre/madre o tutor legal al historial médico de un paciente se revoca cuando:

- + El paciente cumple los 18 años de edad.
- + El paciente notifica a Southcoast de su condición de emancipado.
- + Los conflictos en los que estén implicados los padres, tutores legales o los hijos no se pueden resolver.

Los padres/tutores legales con una cuenta MyChart recibirán un mensaje de MyChart cuando el acceso al historial médico del paciente esté disponible, normalmente de 5 a 7 días hábiles tras haber recibido un formulario de autorización completo.

Nota: el acceso por poder al historial médico en línea de un paciente adolescente de 12 a 17 años de edad solo está disponible para los padres biológicos/adoptivos o las personas con tutela legal y está limitado de acuerdo con las leyes aplicables. Se requiere un formulario de autorización por separado para cada hijo.

Solicitud de acceso parental MyChart

MyChart Parental Access Application-Spanish

MRN: _____

Acceso parental al historial electrónico de Southcoast Health de un paciente de 12 a 17 años de edad

Parent of Patient 12 – 17 Years of Age Access to the Southcoast Health Electronic Medical Record

Por favor escriba en LETRA DE MOLDE (excepto la firma) y proporcione información completa en cada sección.

Nombre legal completo del **paciente** _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____
Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Información del padre/madre/tutor legal:

Nombre legal completo del padre/madre/tutor legal _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____
Vínculo con el paciente: Padre/madre biológico/a Padre/madre adoptivo/a Tutor legal
Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Correo electrónico (opcional): _____

Opcional: Segundo padre/madre/tutor legal

Información del segundo padre/madre/tutor legal si corresponde:

Nombre legal completo del padre/madre/tutor legal _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____
Vínculo con el paciente: Padre/madre biológico/a Padre/madre adoptivo/a Tutor legal
Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Correo electrónico (opcional): _____

Mediante mi firma a continuación, reconozco que he leído, entendido, y aceptado los términos de la hoja de información sobre la Solicitud de Acceso Parental a MyChart: paciente de 12 a 17 años de edad, así como los requisitos y procedimientos para acceder a la información médica en línea de mi hijo. Certifico que soy el padre/madre o tutor legal del menor indicado anteriormente y que toda la información que he proporcionado es correcta. Reconozco que, mediante mi firma a continuación, mi hijo puede acceder a la 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 acuerdo con las leyes aplicables.

Por la presente solicito acceso al historial médico en línea de MyChart de mi hijo. Por favor, pónganse en contacto conmigo en la dirección de correo electrónico/ correo postal indicada anteriormente para establecer acceso a MyChart.

(Por favor, ponga sus iniciales): Sí No

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

Solicitud de acceso parental MyChart

MyChart Parental Access Application-Spanish

Acceso parental al historial electrónico de Southcoast Health de un paciente de 12 a 17 años de edad
Parent of Patient 12 – 17 Years of Age Access to the Southcoast Health Electronic Medical Record

Opcional: Segundo padre/madre/tutor legal

Por la presente solicito acceso al historial médico en línea MyChart de mi hijo. Por favor, pónganse en contacto conmigo en la dirección de correo electrónico/correo postal indicada anteriormente para establecer acceso a MyChart.

(Por Por favor, ponga sus iniciales): Si No

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

A completar por el PACIENTE:

Por la presente, permito el acceso de mi padre/madre/tutor legal, indicado anteriormente, al acceso en línea a través de MyChart a mi información médica actualmente disponible y que pueda estar disponible como resultado de mi atención médica en el futuro. Entiendo que MyChart no mostrará información médica sensible a mi padre/tutor legal, y que mi padre /tutor legal solo tendrá acceso por poder a través de su cuenta de MyChart a la información relacionada con mis alergias, registros de vacunación, gráficos de crecimiento, historia familiar y una descripción de mi cobertura de seguro que no incluya ninguna información de reclamos específicos o similares.

Entiendo que, a mi padre/tutor legal no se le proporcionará el acceso completo a mi información médica, pero que mis padres aún pueden acceder a cierta información protegida - con mi consentimiento si se requiere bajo la ley aplicable – poniéndose en contacto con el Departamento de Gestión de Información de Salud de Southcoast Health como se establece a continuación.

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

Correo electrónico del paciente

Firma del paciente

Fecha

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

Envíe el formulario completo 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 introducido por _____

Fecha _____

