



MYChart

Formulario para el apoderado del niño

PATIENT LABEL HERE

OR

Patient Name _____

Date of Birth _____

MRN _____

Acceso a la Cuenta MyChart de su Niño: (Historial Médico)

Para inscribirse para acceder a MyChart de su niño, por favor llene y firme este Formulario para el Apoderado del Niño y devuélvalo a la dirección que se muestra a continuación. Si usted es paciente de Everett Clinic deberá tener una cuenta MyChart activa para acceder a MyChart de su niño. Si usted no es paciente en The Everett Clinic, abriremos una cuenta para usted una vez que se haya procesado este documento.

Devuelva todos los formularios a: The Everett Clinic envíe por fax al: (425) 339-5439
 Medical Records – Release of Information
 3901 Hoyt Avenue
 Everett, WA 98201

Información de los Padres/el Tutor: (Es obligatorio que se llenen todas las secciones – por favor escriba claramente en letra de imprenta)

Nombre (*apellido, nombre, inicial del segundo nombre*): _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección física: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Número Telefónico: _____

Por favor tome en cuenta las siguientes limitaciones en el rango de edad para MyChart. Estas limitaciones en el rango de edad no afectan ningún derecho legal que usted tiene para acceder al registro de su niño por otros medios. Para solicitar una copia del historial de su niño en papel o en formato electrónico, póngase en contacto con el Departamento de Información sobre la Salud (Historial Médico) en The Everett Clinic.

- Si su niño tiene **0 a 12** años de edad: Se le otorgará acceso a MyChart de su niño.
- Una vez que su niño cumpla los **13 años de edad**, usted tendrá acceso limitado a MyChart de su niño (véase a continuación).

Se necesita la siguiente información para el acceso del apoderado: (Es obligatorio que se llenen todos los campos. Se tiene que proporcionar un formulario para cada niño.

Si usted necesita formularios adicionales, solicite otro formulario de acceso como apoderado del Departamento de Información sobre la Salud (Historial Médico) o imprímalo desde www.everettclinic.com/MyChart.

Nombre (*apellido, nombre, inicial del segundo nombre*): _____

Fecha de Nacimiento: _____

Términos y Acuerdo de MyChart

- Entiendo que MyChart tiene el propósito de usarse como un portal seguro en línea para ver información médica confidencial.
 Si yo comparto la identificación y la contraseña de MyChart con otra persona, esa persona podría ver mi información de salud o la de mi hijo, y la información de salud acerca de alguien que me haya autorizado como apoderado de MyChart.

- Estoy de acuerdo en que es mi responsabilidad elegir una contraseña confidencial, guardar mi contraseña de una forma segura, y cambiar mi contraseña si considero que ésta podría haber sido comprometida de alguna manera. Entiendo que MyChart contiene información médica selecta y restringida del registro médico de un paciente y que MyChart no refleja el contenido completo del historial médico. Comprendo también que el paciente podría solicitar a The Everett Clinic una copia del historial médico.
- Este formulario solamente autoriza el acceso a través de MyChart y no autoriza la revelación del historial médico por otros métodos ni en otros formatos.
- Entiendo que, una vez que se haya revelado la información, ésta podría volver a ser potencialmente revelada por mi apoderado y la información revelada podría no estar cubierta por las protecciones de privacidad federales.
- Tengo conocimiento que The Everett Clinic no pondrá condiciones para ningún tratamiento, pago ni otros servicios de mi atención a la salud a la firma de esta autorización.
- Entiendo que los pacientes de 13 años de edad y mayores tienen que dar su consentimiento para la revelación de la información concerniente al tratamiento de salud mental y/o abuso de sustancias y que los pacientes de 14 años de edad y mayores tienen que dar su consentimiento para la revelación de información del tratamiento para el control de la natalidad y/o enfermedades de transmisión sexual.
- Entiendo que mis actividades dentro de MyChart podrían ser rastreadas por una auditoría computarizada y que los ingresos que yo haga podrían llegar a formar parte del historial médico.
- Entiendo que el acceso a MyChart lo ofrece The Everett Clinic para conveniencia de sus pacientes y que The Everett Clinic tiene derecho a desactivar el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier razón. Entiendo que el uso de MyChart es voluntario y que no estoy obligado a utilizar MyChart ni a autorizar a un apoderado para MyChart.
Al firmar a continuación, reconozco que he leído y que entiendo este formulario de Inscripción en MyChart y que estoy de acuerdo con sus términos.
- Esta autorización como apoderado expirará en 90 días si la cuenta asociada con MyChart no se activa en el transcurso de ese período de tiempo.



 Firma del Padre / Tutor

 Relación con el Paciente

 Fecha (Obligatoria)

Este formulario se escaneará en el historial médico del paciente