

NCH Healthcare System: Solicitud de acceso de apoderado a MyChart® y autorización del paciente

El portal para pacientes de MyChart® ofrece acceso en línea a la información del paciente, que puede incluir una lista de sus problemas, alergias, medicamentos, notas del médico, resultados de radiología y laboratorio, y otros documentos clínicos.

El acceso de apoderado permite el acceso a la cuenta de MyChart® de un paciente de NCH Healthcare System. Se puede solicitar el acceso de apoderado en los siguientes casos:

- si usted es el padre/la madre o el tutor legal de un menor de 18 años; o
- si usted es el tutor o responsable de las decisiones médicas legalmente designado para un paciente de más de 18 años.

Tenga en cuenta las siguientes limitaciones de edad para el acceso a la cuenta de MyChart® de un menor de edad. Estas limitaciones no influyen en ningún derecho legal que usted tenga de acceder a los registros de su hijo por otros medios.

- Si el niño tiene de 0 a 11 años, el padre/la madre o el tutor legal tendrán acceso total al registro del niño en MyChart®.
- Si el niño tiene de 12 a 17 años, el padre/la madre o el tutor legal tendrán acceso parcial al registro del niño en MyChart®.
- Cuando el niño cumpla 18 años de edad, el padre/la madre o el tutor legal no tendrán ningún acceso al registro del paciente en MyChart®, a menos que el paciente lo consienta.

Información del paciente: (paciente al que se solicita acceso de apoderado)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre anterior/Otros nombres (si corresponde): _____

Su vínculo con el paciente. Soy el/la

_____ padre/madre _____ tutor legal* _____ cónyuge _____ hijo adulto _____ otro* _____

**Puede exigirse documentación legal (orden judicial, poder notarial médico, etc.).*

Para poder obtener el acceso de apoderado a la cuenta de MyChart® de un paciente de NCH Healthcare System, complete la siguiente información.

Su información para el acceso de apoderado:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

N.º de teléfono de la casa/celular: _____ N.º de teléfono del trabajo: _____

Debe proporcionarse y validarse una copia de una fotografía de identificación apropiada, que se archivará con esta solicitud.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

- Comprendo que, al firmar esta autorización, le estoy otorgando a NCH documentación de mi autorización para solicitar el acceso a la información médica protegida de este paciente a través de MyChart®.
- Tengo derecho a acceder a la información médica protegida del paciente en mi carácter de padre/madre, tutor legal o cónyuge.
- **No** soy el padre adoptivo/la madre adoptiva del paciente.
- Mis derechos a acceder a la información médica protegida de este paciente no han sido modificados de ninguna manera por un tribunal.
- Los documentos que he proporcionado para avalar mi derecho a acceder a la información médica protegida del paciente, si los hubiera, son copias verdaderas y correctas, y son los documentos más recientes relacionados con este tema.
- Comprendo que NCH se reserva el derecho exclusivo de determinar la elegibilidad del apoderado y a quién le otorga los derechos de acceso de apoderado.
- Comprendo que, para considerarse válida, esta autorización debe llenarse por completo, firmarse y fecharse, y que la función de acceso de apoderado de MyChart® debe activarse en el período de 60 días desde la fecha de esta autorización.
- Como paciente, autorizo a NCH Healthcare System a brindarle acceso a MyChart® al tercero mencionado anteriormente.

Firma de la persona solicitante

Firma del paciente (si tiene de 12 años en adelante)

Escanear y enviar formulario a MyChartproxy@nchmd.org