

PARENT / GUARDIAN ACCESS TO A CHILD'S MyChart® ACCOUNT

ACCESO DE PADRES/ GUARDIÁN LEGAL A LA CUENTA DE MyChart® DE UN(A) NIÑO(A)

Instrucciones:

Para registrarse para tener acceso al historial médico de MyChart de su niño(a), por favor llene la segunda página de este formulario y devuélvalo a cualquiera de las direcciones anotadas a continuación. Por favor, tenga en cuenta que tendrá acceso al historial de MyChart de su niño(a) a través de su historial de MyChart personal. Al llenar este formulario estará estableciendo un historial de MyChart para usted y para su niño(a). Incluso si usted tiene una cuenta de MyChart para su niño(a) menor de edad, usted debe completar un formulario nuevo de Acceso de padres/guardián legal a la cuenta de MyChart cuando su niño(a) cumpla 12 años.

Devuelva los formularios a:

- Cone Health, Department of Health Information Management, 1200 N. Elm St., Greensboro, NC 27401
- Envíe los formularios por correo electrónico a: conehealthmychart@conehealth.com
- Presente el formulario firmado a la oficina del proveedor de Cone Health de su niño(a).
- Le enviaremos un código de activación a la dirección de correo electrónico que nos proporcione a continuación. Use el código de activación para crear su cuenta de MyChart y así tener acceso a la cuenta de su niño(a).

Datos claves sobre el acceso a la cuenta de MyChart de su hijo(a):

- Para niños de **0 a 11 años de edad**: Se le dará acceso completo a la cuenta de MyChart de su niño(a) hasta que cumpla los 12 años, cuando su acceso se termina automáticamente.
- Para niños de **12 a 17 años de edad**: Cuando su niño(a) cumpla los 12 años de edad, se le pedirá a usted que llene un nuevo formulario de acceso. Usted tendrá la capacidad de ver una porción limitada del historial del paciente menor de edad y podrá comunicarse con el proveedor de atención médica del menor de edad. Una vez que se autorice su acceso, los pacientes de 12 a 17 años de edad pueden registrarse para tener acceso a su cuenta de MyChart durante una visita al consultorio.
- Una vez que su hijo(a) cumpla los **18 años de edad**, su acceso a la cuenta de MyChart de su hijo(a) se terminará automáticamente. El hijo(a) tendrá acceso directo a su cuenta completa de MyChart.
- Si el niño(a) tiene una capacidad limitada y no puede firmar el formulario, a usted se le pedirá que solicite una certificación del médico.

Términos y acuerdo de MyChart:

- Entiendo que MyChart declara ser una fuente en línea segura de información médica confidencial. Si yo comparto mi identificación de MyChart y mi contraseña con otra persona, esa persona podrá ver mi información de salud o la de mi niño(a).
- Acepto que es mi responsabilidad la de seleccionar una contraseña confidencial, mantener mi contraseña de una manera segura y cambiar mi contraseña si creo que esta pudo haber sido comprometida de alguna manera.
- Entiendo que MyChart contiene información médica limitada y seleccionada del historial médico de un paciente y que MyChart no muestra el contenido completo del historial médico. También entiendo que puedo solicitar una copia en papel del historial médico de mi niño(a) en el consultorio del médico correspondiente o en el Departamento del Manejo de Información de Salud de Cone Health (*Department of Health Information Management*) hasta que el niño cumpla los 18 años de edad.
- Entiendo que las actividades que realice en MyChart pueden ser rastreadas por una auditoría de computadora y que las entradas que yo haga pueden formar parte del historial médico.
- Entiendo que el acceso a MyChart lo ofrece Cone Health como algo conveniente para sus pacientes y que Cone Health tiene el derecho de desactivar el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier motivo. Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo este formulario de registro de MyChart y acepto sus términos.



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA TENER ACCESO A LA CUENTA DE MyChart® DE MI NIÑO(A)**PARA SER LLENADO POR EL PADRE/MADRE/GUARDIÁN LEGAL (REPRESENTANTE)*****Es obligatorio llenar todos los espacios. Por favor, escriba con claridad.***

Nombre del padre/madre/guardián legal: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Los 4 últimos números del seguro social: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____ # de teléfono: _____

Correo electrónico del padre/madre/guardián legal (obligatorio): _____

¿Alguna vez ha sido paciente de Cone Health? Sí No

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo este formulario de acceso de MyChart y acepto sus términos.

Firma del representante / Proxy Signature_____
Fecha / Date

Parentesco con el paciente / Relationship to Patient (Nota: Cuando la ley lo requiera, es posible que se necesite una prueba de parentesco, de custodia o un poder notarial para procesar su solicitud.)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE***Es obligatorio llenar todos los espacios. Por favor, escriba con claridad.***

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

de teléfono del paciente: _____

Dirección de correo electrónico del paciente (si el paciente tiene entre 12 a 17 años de edad) _____

Firmas de confirmación y autorización

He leído y entiendo los requisitos para tener acceso a la información de la cuenta de MyChart del paciente mencionado anteriormente y estoy de acuerdo en cumplir estos requisitos. Certifico que soy el padre/la madre o el guardián legal del niño(a) mencionado(a) en este formulario y que toda la información que he proporcionado es correcta. Por la presente solicito acceso a la cuenta de MyChart del paciente antes mencionado.

Firma del padre/madre/guardián legal / Parent/Legal Guardian Signature_____
Fecha / Date_____
Firma del paciente / Patient Signature (para firmar si el paciente tiene entre 12 a 17 años de edad)_____
Fecha / Date**Certificación del médico (Si corresponde) / Physician Certification (if Applicable)*****Es obligatorio llenar todos los espacios/All fields are required***Certifico que este paciente está afectado con una condición que le impide la capacidad de apreciar y comprender lo que está firmando. *I certify that this patient is affected by a condition that prevents them from being able to appreciate and understand what they are signing.*_____
Firma del médico / Physician Signature_____
Fecha / Date_____
Nombre en letra imprenta del médico/Profesional / Printed Name of Physician/Practitioner_____
Número de teléfono / Phone Number**Los pacientes entre los 12 a 17 años de edad pueden desactivar el acceso del representante especificado anteriormente en cualquier momento a través de MyChart o enviando una solicitud por escrito a Cone Health.****For Cone Health use only:**

Processed date: _____ Patient MRN: _____

Name of staff member (please print) _____

MyChart es una marca registrada de Epic Corporation.

