



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

Acceso del padre o la madre/Guardián legal a la cuenta de MyChart de un menor de edad

Instrucciones: Para inscribirse y tener acceso al historial de MyChart de su hijo, por favor complete la segunda página de este formulario y devuélvala a cualquiera de las direcciones que están a continuación. Por favor tenga en cuenta que se accederá al historial de MyChart de su hijo a través de su historial de MyChart. Al completar este formulario se establecerá un historial de MyChart para usted y para su hijo. Incluso si usted tiene una cuenta de MyChart para su hijo menor de edad, debe completar un nuevo formulario para el acceso del padre o la madre/guardián legal a una cuenta de MyChart cuando su hijo 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 en el lugar donde se encuentra el proveedor de Cone Health de su hijo.
- Le enviaremos un correo electrónico con un código de activación a la dirección de correo electrónico que usted nos proporcione a continuación. Use el código de activación para configurar su cuenta de MyChart y para tener acceso a la cuenta de su hijo.

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

- Para niños de **0 a 11 años**: Se le otorgará acceso completo a la cuenta de MyChart de su hijo hasta que cumpla 12 años, cuando su acceso finaliza automáticamente.
- Para niños de **12 a 17 años**: Cuando su hijo cumpla los doce años, se le pedirá que complete un nuevo formulario de solicitud de acceso. Usted tendrá la capacidad de ver una parte limitada del historial del paciente menor de edad y de comunicarse con el proveedor de atención primaria del menor. Una vez que se autorice su acceso, los pacientes entre 12 y 17 años pueden registrarse para tener acceso a su cuenta de MyChart durante una visita al consultorio.
- Una vez que su hijo cumpla los **18 años**, su acceso a la cuenta de MyChart del niño se terminará automáticamente. El niño tendrá acceso directo a su cuenta completa de MyChart.

Términos y Acuerdo de MyChart:

- Entiendo que MyChart está destinado a ser una fuente segura en línea de información médica confidencial. Si comparto mi ID de MyChart y mi contraseña con otra persona, esa persona puede ver mi información de salud o la de mi hijo.
- Acepto que es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantener mi contraseña de manera segura y cambiar mi contraseña si creo que puede haber sido comprometida de alguna manera.
- Entiendo que MyChart contiene información médica seleccionada y limitada de la historia clínica de un paciente y que MyChart no refleja el contenido completo de la historia clínica. También entiendo que puedo solicitar una copia en papel de la historia clínica de mi hijo en la oficina del médico correspondiente o en el Departamento de Gestión de la Información Médica de Cone Health (*Cone Health Department of Health Information Management*) hasta que el niño cumpla 18 años.
- Entiendo que mis actividades dentro de MyChart se pueden rastrear mediante una auditoría informática y que las entradas que yo haga pueden formar parte de la historia clínica.
- Entiendo que el acceso a MyChart lo brinda Cone Health como una conveniencia a sus pacientes y que Cone Health tiene el derecho a 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.



AUTHORIZATION FORM FOR ACCESS TO A CHILD'S MyChart® ACCOUNT

Formulario de autorización para el acceso a la historia clínica de MyChart de un menor de edad

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Todos los espacios en blanco deben llenarse.

Por favor imprima con claridad.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Género: Masculino Femenino

Ciudad/Estado/Código postal: _____ Médico de cabecera: _____

de celular del paciente: _____ # de teléfono alternativo del paciente: _____

Dirección de correo electrónico del paciente (si la edad del paciente está entre 12-17) _____

INFORMACIÓN DEL PADRE O LA MADRE / GUARDIÁN LEGAL

Todos los espacios en blanco deben llenarse.

Por favor imprima con claridad.

Nombre del padre o madre/guardián legal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: Masculino Femenino

***Solo anote la dirección si es diferente a la dirección del menor de edad. ***

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico del padre o madre/guardián legal (**obligatorio**) _____

Por favor anote los últimos cuatro números del seguro social: _____

Por favor tenga en cuenta que los últimos cuatro números del seguro social son necesarios para fines de autenticación y serán archivados de forma segura de conformidad con las leyes aplicables.

¿Usted es paciente de Cone Health? Sí No

Firmas de confirmación y autorización

He leído y entiendo los requisitos para tener acceso a la información de la cuenta MyChart del paciente mencionado arriba y acepto cumplir estos requisitos. Certifico que soy el padre o guardián legal del niño anotado en este formulario y que toda la información que proporcioné es correcta. Por la presente solicito acceso a la cuenta de MyChart del paciente mencionado anteriormente.

Firma del padre o madre/Guardián legal (Parent/Legal Guardian)

Fecha (Date)

Firma del paciente (para ser firmado si el paciente tiene entre 12-17 años)
Patient Signature (to be signed if patient is ages 12-17)

Fecha (Date)

For Cone Health use only:

Processed date: _____ Patient MRN: _____

Name of staff member/department (please print) _____

MyChart is a registered trademark of Epic Corporation.