

MyChart Teen Proxy Authorization
Autorización de apoderado para adolescentes de MyChart

Información para menores adolescentes (13-17 años)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Dirección: _____ Correo electrónico del adolescente: _____
Relación con el niño/menor:
☐ Padre ☐ Tutor ☐ Representante del DCF ☐ Padres de crianza temporal ☐ Otro: _____
***Se necesita documentación legal de la tutela, si corresponde (por ejemplo, orden del tribunal, decreto de adopción, etc.).*

Información para padre/madre/tutor

Nombre del padre/madre/tutor: _____
Fecha de nacimiento: _____ Teléfono de contacto: _____
Dirección de correo electrónico: _____
Dirección: ☐ Igual que el menor Si es diferente: _____

Términos y condiciones de MyChart:

- Entiendo que esta solicitud de acceso completo a la cuenta MyChart de mi menor adolescente debe ser autorizada por mi menor adolescente y por el proveedor de atención médica de mi menor adolescente. Mi menor adolescente también es elegible para activar su propia cuenta de MyChart.
- El acceso a la cuenta MyChart de mi menor adolescente expirará cuando cumpla dieciocho años. Antes de esa fecha, mi menor adolescente puede elegir limitar mi acceso a cierta información que está protegida por la ley estatal.
- Para ver la lista completa de Términos y condiciones, visite:
<https://mychart.ynhhs.org/mychartPRD/default.asp?mode=stdfile&option=termsandconditions>

Firmando abajo, acepto lo siguiente:

- Tengo derecho a acceder a la información médica protegida del paciente como su padre/madre o tutor designado legalmente.
- Ningún tribunal de justicia modificó de ninguna manera mis derechos para acceder a la información médica protegida del paciente.
- Los documentos que entregué en apoyo de mi derecho a acceder a la información médica protegida del paciente, si la hubiera, son copias verdaderas y correctas y son los documentos más recientes relacionados con este asunto.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del menor adolescente: _____ Fecha: _____

Declaración del proveedor

- ☐ He hablado con el menor adolescente sobre los derechos de privacidad según están protegidos por la ley estatal y federal. El menor adolescente ha autorizado el acceso completo compartido con su padre/tutor legal y entiende que este acceso puede retirarse a solicitud del menor adolescente en cualquier momento a través de MyChart directamente o comunicándose con mychartsupport@ynhh.org.
- ☐ El menor adolescente tiene necesidades especiales de atención médica y se considera esencial que el padre/tutor legal tenga acceso al expediente del menor adolescente para coordinar la atención sin el consentimiento del menor adolescente.

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

***Para la activación del apoderado, enviar el formulario completo y la documentación legal, si corresponde, a: Fax: 203-688-8155 o correo electrónico: MyChart.eHIM@ynhh.org*

