|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **My Chart®** | **Formulario de solicitud de apoderados para menores de 18 años** |

Este formulario lo debe completar un padre, una madre o un tutor legal ("Apoderado") que solicite acceso a porciones de información electrónica protegida de salud de su hijo (menor de 18 años) mantenida por el Centro de Ciencias de la Salud de UT - UT Health de San Antonio y/o cualquiera de sus clínicas afiliadas a través de MyChart. El padre, la madre o el tutor Legal "Apoderado" debe estar de acuerdo y cumplir con los términos y condiciones de la página web de MyChart (Mi gráfico) y este documento.

El apoderado debe contestar todas las preguntas y no dejar espacios en blanco,proporcionar una identificación con foto y documentos legales (si es el tutor legal permanente del paciente) como se indica a continuación.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Información del niño ("Paciente"):** | | | | Debe completar todas las secciones - escriba claramente en letra de molde | | | | | | | | | | |
| Nombre del paciente | | | |  | | | | Fecha de nacimiento: | | |  | | | |
| Domicilio | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | |
| Ciudad: | | | |  | | | | Estado: | | |  | Código postal: |  | |
| **Información del padre, madre o tutor legal ("Apoderado"):** Debe completar todas las secciones - escriba claramente en letra de molde | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección de correo electrónico | | | |  | | | | | | | | | | |
| Nombre del apoderado: | | | |  | | | | Fecha de nacimiento: | | |  | | | |
| Dirección: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Número de teléfono: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Ciudad: | | | |  | | | | Estado: | | |  | Código postal: |  | |
| **Mi relación con el niño es la siguiente:** | | | | | | | | | | | | | | |
| Padre/madre | Padre/madre con custodia | | | | Padre/madre sin custodia | | |  | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |  | | | |  | | |
| Tutor legal permanente - Debe adjuntar una copia de la orden judicial de nombramiento de tutor y una carta de tutela que verifique la condición del apoderado como tutor legal permanente del paciente | | | | | | | | | | | | | | |
| **Reconozco y estoy de acuerdo con lo siguiente:** | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Cumpliré con los términos y condiciones de la página web de MyChart y de este documento. Afirmo que soy el tutor legal permanente de este paciente, tengo la documentación apropiada que lo autoriza y que me permite el acceso a su información médica protegida a través de MyChart. | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Cuando mi autoridad legal para actuar en nombre del paciente haya sido inactivada, revocada, terminada o vencida, debo notificar inmediatamente a esta institución por escrito la revocación, la terminación o el vencimiento y enviarlo(a) por correo a: UT Medicine of San Antonio, Health Information Management Department (Departamento de administración de información de salud), 8300 Floyd Curl Drive - MC 8308, San Antonio, Texas 78229. | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Entiendo que MyChart es una fuente segura de información médica confidencial en línea.  Si comparto mi identificación y contraseña de MyChart con otra persona, esa persona puede ver la información de salud de mi hijo como apoderado de MyChart. | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Estoy de acuerdo en que es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantener mi contraseña de forma segura y cambiarla si creo que la confidencialidad puede haberse visto comprometida de alguna manera. | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Entiendo que es mi responsabilidad asegurarme de que mi dirección de correo electrónico esté actualizada en todo momento, y que si mi dirección de correo electrónico no está actualizada, no recibiré mensajes importantes de MyChart. | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Entiendo que MyChart contiene información médica seleccionada y limitada y que MyChart no refleja el contenido completo del registro médico electrónico; también entiendo que se puede solicitar una copia del registro médico electrónico de mi hijo al Departamento de administración de información de salud. | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Para un niño de 0 a 17 años, se me concederá acceso total al registro de MyChart de mi hijo. | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Cuando mi hijo cumpla 18 años, ya no tendré acceso a su registro de MyChart. | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | He completado la autorización de MyChart para el uso o la divulgación de información electrónica protegida sobre la salud. | | | | | | | | | | | | | |
|  | | / |  | | | / |  | | / |  | | | |
| **Firma del apoderado (requerida)** | | **Relación con el niño (requerida)** | | | | **Fecha (requerida)** | | | **Hora (requerida)** | | | | |

Escriba su nombre completo para firmar este documento

**Devuelva este formulario completo junto con los siguientes elementos a nuestra oficina:** Una copia, foto o escaneo de su tarjeta de identificación (ID), una copia, PDF o escaneo de la documentación legal que pruebe la tutela, si es designado como tutor.

**Puede devolvernos este formulario y los documentos adicionales o anexos de tres maneras:**

1. Por correo electrónico: Envíe por correo electrónico este formulario y los anexos adicionales a [**UTHMYCHARTPROXY@UTHSCSA.EDU**](mailto:UTHMYCHARTPROXY@UTHSCSA.EDU) (este no es un método de transmisión seguro y no podemos garantizar la seguridad de la información durante su transmisión).
2. Fax: Envíe por fax este formulario y los documentos adicionales al (210) 450-6058.
3. En persona: Deje este formulario y los documentos adicionales en el Centro de artes e investigación médica, Oficina de registros médicos, primer piso, 8300 Floyd Curl Drive, San Antonio, TX 78229.