

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.