

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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Para un niño de 0 a 17 años, se me concederá acceso total al registro de MyChart de mi hijo.
- Cuando mi hijo cumpla 18 años, ya no tendré acceso a su registro de MyChart.
- 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 (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.