

Name:	_____	_____	_____
	(Last Name)	(First Name)	(Middle Initial)
DOB:	_____	MRN#:	_____
HAR#:	_____	CSN#:	_____

NHRMC Y ORGANISMOS CUBIERTOS AFILIADOS
SOLICITUD DE REPRESENTANTE DE MENOR PARA MyChart
ACCESO AL EXPEDIENTE DE MyChart DE SU HIJO(A) (Un menor se define como alguien menor de 18 años de edad)

Para inscribirse para tener acceso al expediente MyChart de su hijo(a), por favor llene las dos páginas de esta solicitud de representante de menor para MyChart y devuélvala a la dirección que aparece abajo. Tome en cuenta que obtendrá acceso al expediente de su hijo(a) a través de su expediente de MyChart.

Al llenar este formulario establecerá un expediente de MyChart para usted y para su hijo(a).

Devuelva todos los formularios a: NHRMC o Al fax (910) 815-5675
HIM Department
PO Box 2400
Wilmington, NC 28402

Información del padre, madre o tutor: (Llene todas las secciones - use letra de molde legible).
ADJUNTE COPIA DE UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA: (Licencia de conducir, identificación expedida por el estado, identificación militar, pasaporte)

Nombre (*apellido, nombre, inicial del segundo nombre*): _____
N.º del Seguro Social (sólo los últimos 5 dígitos): XXX-X _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____
Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Mi relación con el menor es la siguiente:

- Padre o madre
- Tutor legal permanente – Debe incluir una copia de la orden judicial que lo nombra tutor y cartas de tutela que confirmen el estatus del representante como tutor legal permanente del paciente.

Tome en cuenta las siguientes limitaciones de edad de MyChart. Estas limitaciones en el rango de edad no afectan ninguno de sus derechos legales a obtener acceso al expediente de su hijo(a) por otros medios. Para solicitar una copia del expediente de su hijo(a), comuníquese con el Departamento de Administración de Información Médica de NHRMC.

- Si su hijo(a) tiene de **0 a 12 años de edad**: Se le otorgará pleno acceso al expediente de MyChart de su hijo(a).
- Si su hijo(a) tiene de **13 a 17 años de edad**: Se le otorgará acceso al expediente de MyChart de su hijo(a) con información limitada.
- Una vez que su hijo(a) cumpla **18 años de edad** usted ya no tendrá acceso al expediente de MyChart de su hijo(a).

Solicito recibir acceso al expediente MyChart de mi hijo(a) en NHRMC. Soy el representante designado para MyChart. Entiendo que la información médica en MyChart se obtiene del expediente médico electrónico y que puede incluir información de NHRMC y de los organismos cubiertos afiliados. Autorizo que se me divulgue, como representante, toda la información incluida en el expediente de MyChart de mi hijo(a) que tenga NHRMC. Esta puede incluir información delicada relacionada con el abuso de sustancias, uso de anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual y salud mental.

- Entiendo que este formulario no autoriza la divulgación del expediente médico de mi hijo(a) por otros medios ni en otras formas.
- Entiendo que una vez que se ha divulgado información médica, el receptor podría volver a divulgar esa información, y que la información divulgada podría ya no estar protegida por las protecciones federales de privacidad.
- También se puede revocar el acceso como representante en cualquier momento, solicitándolo por escrito a NHRMC Attn: Health Information Management POB 2400 Wilmington, NC 28402. Si este acceso es revocado, el expediente MyChart de mi hijo(a) se cancelará. La revocación de este acceso no afectará a ninguna de las divulgaciones que se hayan hecho antes de procesar la solicitud de revocación.

THIS FORM IS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD





Name: _____
(Last Name) (First Name) (Middle Initial)

DOB: _____ MRN#: _____

HAR#: _____ CSN#: _____

**NHRMC Y ORGANISMOS CUBIERTOS AFILIADOS
 SOLICITUD DE REPRESENTANTE DE MENOR PARA MyChart
 ACCESO AL EXPEDIENTE DE MyChart DE SU HIJO(A) (Un menor se define como alguien menor de 18 años de edad)**

Proporcione la siguiente información acerca de su hijo(a): (Todos los campos son obligatorios. Si necesita formularios adicionales, solicite otro formulario o imprima uno de www.nhrmcmychart.com en la sección Terms and Conditions (Términos y condiciones).

Nombre (*apellido, nombre, inicial del segundo nombre*): _____

N.º del Seguro Social (sólo los últimos 5 dígitos): XXX-X _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Términos y acuerdo de MyChart

- Entiendo que MyChart ha sido diseñado como una fuente segura de información confidencial por internet. Si proporciono mi cuenta de MyChart y mi contraseña a otra persona, esta persona podría ver mi información médica o la de mi hijo(a), y la información médica de otros que me hayan autorizado a fungir como su representante para MyChart.
- Acepto que es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, conservar mi contraseña en secreto 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 del expediente médico de un paciente, y que MyChart no refleja el contenido completo del expediente médico. También entiendo que puedo solicitar una copia del expediente médico del paciente al Departamento de Administración de Información Médica de NHRMC.
- Entiendo que mis actividades en MyChart pueden ser rastreadas por medio de una auditoría informática y que la información que yo capture puede convertirse en parte del expediente médico.
- Entiendo que el acceso a MyChart es provisto por NHRMC para la conveniencia de sus pacientes y que NHRMC y sus organismos cubiertos afiliados tienen derecho a desactivar el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier razón. Entiendo que el uso de MyChart es voluntario y que no estoy obligado a usar MyChart ni a autorizar a un representante para MyChart.
- Con mi firma, reconozco que he leído y entiendo esta solicitud de representante de menor para MyChart y que acepto sus términos. También entiendo que el uso de MyChart puede estar sujeto a otros términos y condiciones, que pueden cambiar ocasionalmente.

Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____
 (Paciente o representante autorizado)

Firma: _____ Fecha: _____
 (Paciente o representante autorizado)

Relación, en caso de no ser el paciente: _____

THIS FORM IS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

