

Acceso al registro Mychart de su hijo(a)

Para inscribirse y tener acceso al registro Mychart de su hijo(a), favor de llenar ambas páginas de este Poder y de devolverlo a su clínica o a la dirección que aparece a continuación. Tome en cuenta que sólo podrá acceder a la historia médica de su hijo(a) mediante su registro de Mychart. Al llenar este formulario se establecerá un registro Mychart para usted y su hijo(a).

Devuelva los formularios a su clínica o al DuPage Medical Group, HIM Department, 809 Ogden Avenue, Lisle, IL 60532 o envíelos por fax al 630-324-2933.

Datos del padre/la madre o tutor (Se requieren todas las secciones - Favor de escribir claramente con letra de imprenta). Esta sección deberá ser llenada por la persona que solicita el acceso al registro Mychart de un menor de edad.

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del 2º nombre) _____ Fecha de nacimiento _____

Correo electrónico _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

Núm. de teléfono _____ Médico de atención primaria _____

Limitaciones de edades

Las leyes estatales y federales restringen el acceso parental a cierta información médica de menores de edad entre 12 y 17 años. La información que se permita que usted vea dependerá de la edad de su hijo(a). Se le puede permitir solicitar más información impresa o en otro formato electrónico; presente una solicitud por escrito en la que pida usar un Formulario de Liberación de Información, el cual se puede solicitar en el consultorio de su médico o puede imprimirlo desde www.mychart.dupagemedicalgroup.com.

• su hijo(a) tiene entre 0 y 11 años: Se le otorgará acceso total al registro Mychart de su hijo(a).

• su hijo(a) tiene entre 12 y 17 años: Llene el formulario de carta poder Mychart intitulado Carta Poder de un Menor” para que le sea otorgado acceso total al registro Mychart de su hijo(a). Si llena el siguiente formulario Carta Poder respecto a un Niño para su hijo menor de edad, sólo se le otorgará acceso parcial al registro Mychart de su hijo(a) (es decir, programación de citas, vacunas).

• vez que su hijo(a) cumpla 18 años, usted ya no tendrá acceso a su registro Mychart.

Datos del menor

Favor de dar la información siguiente de cada hijo(a): (Se requiere llenar todos los campos. Si tiene más de cuatro hijos de quienes quisiera tener acceso por poder, favor de solicitar otro formulario o imprima otro desde www.dupagemedicalgroup.com).

Hijo(a) 1 Nombre (apellido, primer nombre, inicial del 2º nombre) _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo: Masculino Femenino

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

Continúa en la página siguiente

Carta Poder respecto a un niño

Hijo(a) 2 Nombre (apellido, primer nombre, inicial del 2º nombre) _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo: Masculino Femenino

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

Hijo(a) 3 Nombre (apellido, primer nombre, inicial del 2º nombre) _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo: Masculino Femenino

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

Hijo(a) 4 Nombre (apellido, primer nombre, inicial del 2º nombre) _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo: Masculino Femenino

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

Términos y Acuerdo de Mychart

- Comprendo que Mychart está previsto que sea una fuente segura de información médica en línea. Si comparto mi ID y mi contraseña de Mychart con otra persona, esa persona podrá ver mi información médica o la de mi hijo(a), así como información médica de alguien que me haya autorizado como representante o apoderado ante Mychart.
- Acepto que tengo la responsabilidad de elegir una contraseña confidencial, de conservarla de manera protegida y cambiarla si creo que se haya comprometido de alguna manera.
- Comprendo que Mychart contiene información médica seleccionada y limitada del expediente médico de un paciente y que no refleja todo el contenido de dicho expediente. Asimismo comprendo que se puede solicitar una copia impresa del expediente médico a la clínica del paciente.
- Comprendo que mis actividades dentro de Mychart pueden ser rastreadas mediante una auditoría informática y que las anotaciones que haga pueden formar parte del expediente médico del paciente.
- Comprendo que el acceso a Mychart es proporcionado por el DuPage Medical Group como una comodidad para sus pacientes y que el DuPage Medical Group tiene derecho a inhabilitar el acceso a Mychart en cualquier momento y por cualquier razón. Comprendo que el uso de Mychart es voluntario y que no se me exige que lo use o que autorice un poder para Mychart.
- Comprendo que aunque sólo sea un paciente de DuPage Medical Group o de Edward Hospital and Health Services, mi información médica será compartida entre ellos ya que ambos proveedores comparten Mychart conjuntamente.
- Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendido este Formulario de Registro en Mychart y que estoy de acuerdo con sus términos.

El acceso al registro en línea de un menor sólo está disponible para los padres o las personas que tengan custodia legal.

He leído y comprendido los requisitos y procedimientos para tener acceso a la información médica en línea de mis hijos, según se establece en este documento.

Hago constar que soy el padre/la madre o el tutor legal de los niños que figuran en este formulario y que toda la información que he dado es correcta.

Por el presente solicito acceso al registro médico en línea de mis hijos.

➤ _____ / _____ / _____
Firma del padre/la madre o tutor Parentesco o relación con el paciente Fecha (Se requiere)