

## Acceso para el padre/la madre o el tutor legal al registro MyChart en línea de un paciente de 12 a 17 años

### Requisitos y procedimientos

Conforme a las leyes estatales y federales, hay ciertos tipos de información médica que el padre de familia o el tutor de un paciente menor de 12-17 años no pueda ver sin el consentimiento de dicho menor de edad. Debido a estos requisitos, el padre/la madre o el tutor legal puede tener acceso al registro en línea MyChart de un paciente de 12-17 años de edad sólo con el consentimiento de éste. Tanto el menor de 12-17 años de edad así como el padre/madre o tutor legal deberán firmar este formulario en la oficina.

### Requisitos para tener acceso al registro de un niño(a):

- El padre/madre biológico o la persona que solicite acceso deberá tener derechos de custodia legal.
- El formulario de autorización parental deberá ser llenado y firmado.
- Cada uno de los padres o la persona que solicite acceso deberá tener su propia cuenta Mychart; si no la tiene, se establecerá una cuenta Mychart para ellos.

### Comprendo que:

- Debo tener una cuenta Mychart del DMG; si no, se establecerá una para mí
- Debo iniciar sesión en Mychart con mi propio Nombre de Usuario y con mi Contraseña
- Para acceder a la información médica de mi hijo(a), debo hacer clic en 'View Other Records' (Ver otros registros).
- Acepto cumplir los términos y condiciones del sitio Mychart del DMG
- **MyChart no se debe usar en una emergencia**

### El acceso del padre/madre biológico(a) o del tutor legal al registro de un menor se revoca cuando:

- El padre/madre biológico(a) o el tutor legal presenta una solicitud o revoca el acceso en línea
- El paciente cumple 18 años
- El paciente avisa al DMG de su condición de emancipado
- No se puedan resolver las controversias entre los padres o entre los padres y el paciente

### El DMG se reserva el derecho de revocar en cualquier momento el acceso en línea a la información médica.

### 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 ese formulario (a continuación), reconozco que he leído y comprendido este Formulario de Registro en Mychart y que estoy de acuerdo con sus términos.



## Acceso para el padre/la madre o el tutor legal al registro MyChart en línea de un paciente de 12 a 17 años

### Formulario de Autorización

#### Favor de anotar a continuación los datos del paciente:

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del 2º nombre) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino

Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Para avisarle cuando se envíen nuevos mensajes a Mychart acerca de la atención médica del paciente, favor de anotar un correo electrónico: \_\_\_\_\_

#### Favor de anotar a continuación los datos del padre/la madre o tutor legal:

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del 2º nombre) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono en archivos: \_\_\_\_\_

Parentesco/Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Padre/Madre \_\_\_\_\_ Tutor legal \_\_\_\_\_ Otro (especifique: \_\_\_\_\_)

#### **Nota: El acceso al registro en línea del paciente 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 o al expediente médico en línea de mi hijo(a), según se establece en la página uno de este documento intitulado Acceso para el padre/la madre o tutor legal al registro MyChart en línea de un paciente de 12 a 17 años.

Hago constar que soy el padre/la madre o el tutor legal del menor que figura arriba y que toda la información que he dado es correcta. Por el presente solicito acceso al registro en línea de mi hijo(a). Esta autorización será válida hasta que se revoque o que venza.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/la madre o tutor legal

#### **Para el paciente (de 12-17 años de edad)**

**Estoy de acuerdo en permitir que mi padre/madre o tutor legal cuyo nombre aparece arriba, tenga acceso en línea a mi información médica que actualmente está disponible y que pueda estar disponible como resultado de la atención médica futura. Comprendo que esta autorización vencerá en la fecha en que yo cumpla 18 años y que en cualquier momento puedo revocar el acceso.**

Comprendo que se pueden divulgar datos como los siguientes junto con otra información médica de mi expediente médico: Información médica y/o registros en relación con el VIH/SIDA; información y/o registros de salud mental y conductual; información sobre enfermedades de transmisión sexual (STD), embarazo, control de la natalidad; tratamiento, información sobre derivación y diagnóstico por uso de drogas/alcohol; información y/o registros sobre pruebas genéticas; información acerca de agresión o abuso sexual; información sobre maltrato a menores y negligencia; y maltrato doméstico a un adulto discapacitado.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo (Puede ser otra persona aparte del padre/la madre o el paciente)