



Formulario de Liberación de Información para MyChart y MyChart Bedside Proxy (Acceso Delegado)

Completar este formulario permite acceso a parte del archivo médico de un paciente (diferente a usted) vía MyChart y MyChart Bedside.

- Usted puede solicitar acceso delegado si usted es:
 - Padre de familia o tutor legal de un menor de 18 años de edad, o
 - Un tutor legalmente designado o encargado de tomar decisiones de salud de un paciente mayor de 18 años de edad
- MyChart Bedside Proxy le permite acceso a porciones del expediente médico de su niño menor de edad durante una hospitalización en Texas Children's.
- Entiendo que Texas Children's podría prestarme una tableta electrónica para entrar a MyChart Bedside y ver la información de salud durante la hospitalización del paciente.

Para poder obtener acceso delegado a la cuenta MyChart de un paciente del Texas Children's, por favor complete **toda** la siguiente información.

Información del Padre de familia/Tutor legal para acceso delegado:

Nombre del Padre de familia/tutor: _____ Nac.del Padre de Familia/tutor: _____

Nombres anteriores, si corresponde: _____ ¿Ha sido usted atendido o tratado en algún establecimiento del Texas Children's? _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de la Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____

E-mail:

Identificación apropiada debe ser presentada y validada, la cual será incluida con esta solicitud. Por favor envíe por fax este formulario e identificación apropiada al Departamento de Archivos Médicos (Health Information Management (HIM)) al número: 832-825-0124.

AUTORIZACION PARA LIBERAR INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD

- Entiendo que al firmar esta autorización, Yo estoy proporcionando a Texas Children's documentación de mi autorización para proveer acceso a la información protegida de salud de este paciente a través de MyChart y MyChart Bedside.
- Yo estoy autorizado(a) al acceso a la información protegida de salud del paciente en calidad de su padre de familia o tutor designado legalmente.
- Yo **no** soy el Padre de Acogida Temporal del paciente
- Mis derechos de acceso a la información protegida de salud del paciente no han sido modificados en ninguna forma por algún tribunal de leyes.
- Los documentos que Yo he proporcionado para respaldar mi derecho al acceso a la información protegida de salud del paciente, son todos verídicos y copias correctas y son los documentos más recientes liberados para este fin.
- Entiendo que Texas Children's se reserva el derecho absoluto para determinar si la elegibilidad como delegado existe y a quien se le otorgarán los derechos de Acceso Delegado.
- Entiendo que esta autorización deberá completarse en su totalidad, firmada y fechada para poder ser considerada valida, y la activación del acceso delegado a MyChart deberá ocurrir dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha de esta autorización.

Firma del Paciente/Persona Autorizada

Persona Autorizada a Firmar
(Padre de familia, tutor, apoderado legal, etc.)

Fecha

Información del Paciente: (Paciente para quien se solicita acceso delegado)

Nombre del Paciente: _____ MRN: _____

Nombre(s) anteriores, si corresponde: _____ DOB: _____

Relación con el paciente:

Padre _____ Familia de Acogida _____ Tutor Legal* _____ Otro** : _____

**Documentación Legal es requerida (eje. Licencia de conducir, pasaporte, orden del juez, etc.)*
***Dirigale a Archivos Medicos (HIM) para proceso via fax: 832-825-0124*

