Texas Children's MyChart

Formulario de autorización para la divulgación de información por parte de un representante de MyChart y MyChart Bedside

Al completar este formulario, se permite el acceso a parte del expediente médico de un paciente (que no seas tú mismo) a través de MyChart y Bedside.

- Puedes solicitar acceso como representante si eres:
  - el padre, la madre o el tutor legal de un paciente menor de 18 años; o
  - un tutor designado legalmente o una persona con autoridad para tomar decisiones de atención médica para un paciente mayor de 18 años.
- El representante autorizado de MyChart Bedside permite el acceso a partes del expediente médico del paciente durante una hospitalización en Texas Children's.
- Entiendo que Texas Children's me prestará un iPad para usar MyChart Bedside y ver la información de salud del paciente durante la hospitalización.

Para obtener acceso como representante a la cuenta de MyChart de un paciente de Texas Children's, completa TODA la información a continuación.

Información del padre/madre o tutor legal para el acceso como representante:

Nombre del padre/madre/tutor _____ Fecha de nacimiento del padre/madre/tutor _____

Nombres anteriores, si los hay _____ ¿Has sido atendido o tratado en algún centro de Texas Children's? ☐

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono particular _____ Teléfono del trabajo _____

Correo electrónico																																

Se debe validar un documento de identidad válido y adjuntar una copia junto con esta solicitud.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

- Entiendo que, al firmar esta autorización, le estoy proporcionando a Texas Children's la documentación de mi autorización para otorgar acceso a la información médica protegida de este paciente a través de MyChart Bedside.
- Tengo derecho a acceder a la información médica protegida del paciente en mi calidad de padre/madre o tutor legalmente designado.
- NO soy padre o madre de acogida del paciente.
- Mis derechos sobre la información médica protegida de este paciente no han sido modificados de ninguna manera por ningún tribunal.
- Los documentos que he presentado para respaldar mi derecho a acceder a la información médica protegida del paciente, si los hay, son copias fieles y correctas, y son los documentos más recientes relacionados con este asunto.
- Entiendo que Texas Children's se reserva el derecho exclusivo de determinar si existe elegibilidad para la representación y a quién le otorgará los derechos de acceso como representante.
- Entiendo que esta autorización debe completarse en su totalidad, firmarse y fecharse para que se considere válida, y que la activación de la función de acceso como representante en MyChart debe realizarse dentro de los 60 días a partir de la fecha de esta autorización.

_____

Firma del paciente o de la persona autorizada Relación con el paciente Fecha

Información del paciente: (Paciente para el que se solicita el acceso como representante)

Nombre del paciente: _____ Número de identificación de paciente (MRN): _____

Nombres anteriores: _____ Fecha de nacimiento: _____

Parentesco con el paciente:

___ Padre/madre ____Padre/madre de acogida ____Tutor legal** _____Otro (especificar):_____

****Se requiere una copia de la documentación legal correspondiente (por ejemplo, una orden judicial, un acuerdo de custodia, etc.). **Envíela por fax a HIM para su revisión: 832-825-0124.**