



**Formulario para Liberación de Información MyChart y MyChart Bedside Proxy**

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

- Usted puede solicitar acceso delegado, si usted es:
  - El padre de familia o tutor legal de un niño menor de 18 años, o
  - Un tutor legalmente designado o encargado de tomar decisiones para un paciente mayor de 18 años
- MyChart Bedside Proxy le permite acceso a porciones del expediente médico de un niño menor de edad durante una hospitalización en Texas Children's.
- Yo entiendo que Texas Children's podría prestarme una tableta electrónica para usarla con MyChart Bedside para ver la información médica del paciente durante una hospitalización.
- Para poder tener acceso delegado a la cuenta MyChart de un paciente en Texas Children's, por favor complete **toda** la información siguiente.

**Información del padre de familia/tutor legal para acceso delegado:**

Nombre del padre de familia/tutor: \_\_\_\_\_ DOB del padre de familia/tutor: \_\_\_\_\_

Nombres anteriores), si corresponde: \_\_\_\_\_ ¿Ha usted sido atendido o tratado en alguna entidad de Texas Children's?

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

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

<b>E-mail:</b>	
----------------	--

Una identificación apropiada debe presentarse y validarse, la cual puede ser incluida junto a este formulario de solicitud. Por favor envíe por fax este formulario y la apropiada identificación a Health Information Management (HIM) al tel. 832-825-0124.

**AUTORIZACION PARA LIBERAR INFORMACION MEDICA PROTEGIDA**

- Yo entiendo que, al firmar esta autorización, estoy proporcionándole a Texas Children's la documentación de mi autorización para proveer acceso a la información medica protegida de este paciente, a través de MyChart y MyChart Bedside.
- Yo tengo autorizado acceso a la información médica protegida de este paciente, debido a que soy su padre de familia o tutor legalmente designado.
- Yo **no soy** un Padre de Familia de Acogimiento del Paciente
- Mis derechos de acceso a la información médica protegida del paciente no han sido de ningún modo modificados por un tribunal legal.
- Los documentos que yo he proporcionado respaldan mi derecho de acceso a la información médica protegida del paciente, si son copias verídicas y correctas y son los documentos más recientes en relación a este asunto.
- Yo entiendo que Texas Children's se reserva el absoluto derecho para determinar si la elegibilidad como delegado existe y a quien concederle los derechos de Acceso delegado.
- Yo entiendo que esta Autorizacion debe completarse en su totalidad y formarse y fecharse para ser considerada valida y la activación de la característica del acceso delegado MyChart debe ocurrir en espacio de 60 días a partir de la fecha de esta autorización.

**Firma del Paciente/Persona Autorizada**

**Autoridad para Firmar de la Persona Autorizada**  
(padre de familia, tutor, poder legal, etc.)

**Fecha**

**Información del Paciente:** (Paciente para el cual se solicita el acceso delegado)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

Nombres anteriores, si corresponde: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:

Padre de familia      Familia de acogimiento      Tutor Legal\*      Otro\*\*:

*\*Documentación legal es requerida (Ejemplos incluyen licencia de conducir, pasaporte, orden del tribunal, etc.)*  
*\*\*Enviar a HIM vía fax para procesar la solicitud: 832-825-0124*