



Formulario para el acceso al MyChart de un menor

Acceso al registro de MyChart de su hijo

Para poder acceder al registro de MyChart de su hijo, complete ambas páginas de este formulario y envíelo por correo electrónico a childproxyaccess@piedmont.org o bien devuélvalo al consultorio del médico de su hijo en Piedmont. Tenga en cuenta que la historia clínica de su hijo se accede a través de su registro de MyChart. Al completar este formulario, se establecerá un registro de MyChart para usted y para su hijo.

Información de los Padres/Tutores: (Todas las secciones son obligatorias, por favor escriba en letra de molde legible).		
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):		
Fecha de nacimiento:		
Dirección:	Ciudad:	Estado/Código Postal:
Dirección de correo electrónico:	Número de teléfono:	

Tenga en cuenta las siguientes limitaciones que se establecen por rango de edad para MyChart.

- Si su hijo tiene entre **0 y 12 años**: Se le otorgará acceso completo al registro de MyChart de su hijo.
- Si su hijo tiene **entre 13 y 17 años**: Se le otorgará acceso parcial al registro de su hijo. (p. ej., programación de citas, vacunas)
- Una vez que su hijo cumpla **18 años**, ya no tendrá acceso al registro de MyChart de su hijo.

Por favor, proporcione la siguiente información para cada niño: (Todos los campos son obligatorios. Si tiene más de cuatro hijos para los que desea acceso a My Chart, solicite un segundo formulario).

A. Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):
Fecha de nacimiento:

B. Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):
Fecha de nacimiento:

C. Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):
Fecha de nacimiento:

D. Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):
Fecha de nacimiento:

Recuerde completar la página 2 de este formulario.

Formulario para el acceso al MyChart de un menor

Términos y Acuerdo de MyChart

- Entiendo que MyChart está diseñada para ser una fuente de información médica segura y confidencial en línea. Si comparto mi identificación y contraseña de MyChart con otra persona, esa persona puede ver mi información de salud y la de mi hijo, además de la información de salud de cualquiera que me haya autorizado al acceso de MyChart.
- Acepto que es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantener mi contraseña de manera segura y cambiar mi contraseña si creo que puede haber sido comprometida de alguna manera.
- Entiendo que MyChart contiene información médica puntual y limitada de la historia clínica de un paciente y que MyChart no refleja el contenido completo de la historia clínica. También entiendo que se puede solicitar una copia impresa de la historia clínica de un paciente en el consultorio del médico del paciente y que puedo visitar www.piedmont.org/patient-tools/request-records para obtener más información y descargar un formulario de Solicitud de registros médicos.
- Entiendo que mis movimientos dentro de MyChart pueden ser rastreados por una auditoría informática y que las entradas que hago pueden convertirse en parte del registro médico.
- Entiendo que Piedmont Healthcare ofrece el acceso a MyChart para la comodidad de sus pacientes y que Piedmont Healthcare tiene el derecho a restringir el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier motivo. Entiendo que el uso de MyChart es voluntario y no estoy obligado a usar MyChart ni a autorizar a un tercero al acceso a MyChart.
- Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo este formulario de acceso a MyChart y acepto sus términos.

Firma del paciente/tutor

Nombre del paciente/tutor
(en letra de molde)

Fecha

Hora

Relación con el paciente