

Envíe los formularios completos a:  
150 Bergen Street, B417  
Newark, New Jersey 07103-2425  
(973) 972-5608

**SOLICITUD DE ACCESO DE APODERADO  
A LA CUENTA MYCHART DE UN/A  
ADOLESCENTE**

(Escriba en forma clara en letra imprenta)

Para inscribirse en el acceso de apoderado al registro MyChart para un paciente de 13 a 18 años, que (el/la "Adolescente") complete y firme ambas páginas de este Formulario de apoderado de adolescente. El acceso al registro en línea de un/a Adolescente solo está disponible para los padres biológicos o personas con tutela legal.

En virtud de la legislación estatal y federal, hay determinados tipos de información médica que el/la padre/madre o tutor/a de un/a Adolescente no puede ver sin el consentimiento del/de la Adolescente. Debido a estos requerimientos, un/a padre/madre o tutor/a legal puede acceder al registro MyChart de un/a Adolescente, únicamente con el consentimiento del/de la Adolescente. Tanto el/la Adolescente como el/la padre/madre o tutor/a legal deben firmar más abajo. Los formularios pueden entregarse en el consultorio del médico o en University Hospital, Servicios de Divulgación de Información de Gestión de Información sobre la Salud (HIM, por sus siglas en inglés). También puede enviarlos por correo a la dirección que figura más arriba.

Si usted es paciente de University Hospital o Rutgers Health, deberá tener una cuenta activa de MyChart para poder acceder a la cuenta MyChart de su hijo/a. Si no es paciente de University Hospital o Rutgers Health, se creará una cuenta MyChart para usted una vez que se haya procesado este formulario.

Este Acceso de apoderado vence cuando el/la Adolescente cumple 18 años, excepto que dicho acceso haya sido revocado previamente por el/la Adolescente.

**Información sobre el paciente**

Suministre la siguiente información sobre el/la Adolescente: (Todos los campos son obligatorios. Debe completarse un formulario por separado para cada Adolescente).

Nombre (de pila, inicial del segundo nombre, apellido): \_\_\_\_\_

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

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_      Estado: \_\_\_\_\_      Código postal: \_\_\_\_\_

**Información sobre el/la padre/madre/Tutor/a** (Todas las secciones son obligatorias)

La persona que solicita acceso al registro MyChart de un/a Adolescente debe completar esta sección.

Nombre (de pila, inicial del segundo nombre, apellido): \_\_\_\_\_

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

Correo electrónico: \_\_\_\_\_      Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_      Estado: \_\_\_\_\_      Código postal: \_\_\_\_\_

He leído y entiendo los términos y condiciones (más abajo) para acceder al registro MyChart del/de la Adolescente. También certifico que soy el/la padre/madre o tutor/a legal del/de la Adolescente que figura en este formulario y que toda la información que he suministrado es correcta. Este formulario de apoderado es válido hasta que sea revocado o venza de otro modo.

---

Padre/madre/Tutor legal

Parentesco con el paciente

Fecha

Este formulario es para la firma únicamente de un padre o tutor con derechos de padre para el adolescente mencionado anteriormente; no envíe este formulario si no tiene los derechos de los padres y la custodia legal del adolescente mencionado anteriormente. Incluya una copia de una identificación con foto emitida por el gobierno con la solicitud. Si su dirección no coincide con la del adolescente, adjunte comprobante de domicilio, como factura de servicios públicos, extracto bancario, etc.

**Para el/la Adolescente**

Presto consentimiento para permitir que mi padre/madre o tutor/a legal, cuyo nombre se menciona más arriba acceda a mi registro MyChart, que contiene mi información médica actualmente disponible y que pueda estar disponible como resultado de una atención médica futura. Entiendo que puedo revocar este acceso en cualquier momento. Si no revoco o aviso de otro modo a University Hospital o Rutgers Health sobre mi estado de emancipación, mi padre/madre o tutor/a legal tendrá acceso hasta que yo cumpla 18 años.

Entiendo que pueden divulgarse los siguientes términos junto con otra información sobre la salud de mi registro médico, incluida información relacionada con VIH/SIDA, salud conductual o mental, discapacidades de desarrollo, tratamiento para trastorno de uso de sustancias, exámenes genéticos y asesoramiento, inseminación artificial, ataque/abuso sexual, abuso doméstico de un adulto con discapacidad, abuso y negligencia infantil, enfermedades de transmisión sexual, embarazo y anticoncepción.

---

Firma del/de la Adolescente

Fecha

---

Firma del testigo (cualquier persona distinta de un/a padre/madre o tutor/a del/de la Adolescente)

Fecha

---

Nombre del testigo en letra imprenta

**Términos y condiciones de MyChart:**

- Entiendo que MyChart nunca debería usarse para asuntos urgentes. Si sufro una enfermedad o lesión que pone en riesgo la vida, acudiré al departamento de emergencias del hospital más cercano o llamaré al 9-1-1 para obtener atención inmediata.
- Entiendo que MyChart tiene el propósito de servir como una fuente segura de información médica confidencial en línea. Si comparto mi identificación y contraseña de MyChart con otra persona, esa persona podría ver mi información o la información sobre la salud del/de la Adolescente, y la información sobre la salud de alguien que me haya autorizado como apoderado de MyChart.
- Acepto que es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantenerla de manera segura y cambiarla si creo que es posible que se haya visto afectada de alguna manera.
- Entiendo que mis actividades dentro de MyChart pueden ser rastreadas mediante una auditoría informática y que las entradas que realizo pueden formar parte de la historia clínica del/de la Adolescente.
- Entiendo que el acceso a MyChart es proporcionado por University Hospital o Rutgers Health como un beneficio para sus pacientes y University Hospital o Rutgers Health tienen derecho a desactivar el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier motivo. Entiendo que el uso de MyChart es voluntario y que no se me exige utilizarlo ni autorizar a un apoderado de MyChart. Entiendo que, en determinadas circunstancias (por ej., la emancipación, el embarazo o el casamiento del/de la Adolescente), un/a Adolescente puede revocar el acceso del apoderado a MyChart establecido mediante este acuerdo.
- Entiendo que en el Portal de MyChart se establecen los términos y condiciones adicionales aplicables a mi uso de MyChart, y accedo a que mi uso de MyChart constituye la aceptación de estos términos y condiciones.