

SOLICITUD DE ACCESO A LA CUENTA MYCHART DE UN MENOR

(Escriba en forma clara en letra imprenta)

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

Nombre del menor: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
(nombre) (inicial del segundo nombre) (apellido)

Domicilio: _____ **N.º telefónico:** _____
(calle)

_____ **N.º de historia clínica:** _____
(ciudad) (estado) (código postal)

Si desea inscribirse para tener acceso a la cuenta MyChart de su hijo, complete y firme este Formulario de Solicitud de Acceso y envíelo a la oficina del proveedor de su hijo. Si usted es paciente de un Hospital Universitario y/o de Rutgers Health, deberá tener una cuenta activa de MyChart para poder acceder a la cuenta MyChart de su hijo. Si no es paciente de un Hospital Universitario y/o de Rutgers Health, se le establecerá una cuenta MyChart una vez que se haya procesado este formulario.

Padre/Madre/Tutor Nombre: _____ **Padre/Madre/Tutor Fecha de nacimiento:** _____
(nombre) (inicial del segundo nombre) (apellido) (obligatorio)

Dirección: _____ **N.º Telefónico:** _____
(calle) (obligatorio)

_____ **Dirección de correo electrónico:** _____
(ciudad) (estado) (código postal) (obligatorio)

Últimos 4 dígitos del N.º de Seguro Social (SNN) del Padre/Madre/Tutor (para fines de cotejo, si ha sido un paciente de un Hospital Universitario y/o de Rutgers Health): _____

Tenga en cuenta las siguientes limitaciones respecto al rango de edad para MyChart. Dichas limitaciones de rango de edad no afectan ninguno de sus derechos legales para acceder a la historia clínica de su hijo por otros medios.

- Si su hijo tiene entre 0 y 12 años, usted tendrá acceso completo a su cuenta MyChart.
- Una vez que su hijo cumpla 13 años, usted tendrá acceso limitado a su cuenta MyChart.
- A los 18 años, su hijo ya no es más un menor y el acceso a MyChart finalizará automáticamente.

Comprendo que:

- El uso de MyChart es voluntario y no obligatorio. El tratamiento de mi hijo no se verá afectado por el hecho de que yo utilice MyChart o no.
- Una vez que el Hospital Universitario y/o Rutgers Health divulgue información de salud según lo solicitado, podría volverse a divulgar, y la información divulgada podría ya no estar protegida por las leyes de privacidad federales y estatales.
- El acceso a MyChart es proporcionado por el Hospital Universitario y/o Rutgers Health como un beneficio para sus pacientes y el Hospital Universitario y/o Rutgers Health tienen el derecho de desactivar el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier motivo.
- MyChart tiene el propósito de servir como un portal en línea seguro para visualizar información médica confidencial. **No compartiré mi nombre de usuario ni mi contraseña de MyChart con otras personas.** Comprendo que si comparto mi nombre de usuario y contraseña con otra persona, esa persona podría ver la información médica de mi hijo.
- Es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantenerla de manera segura y cambiarla si creo que puede haberse visto afectada de alguna manera.
- MyChart contiene información médica limitada, seleccionada de la historia clínica de un paciente y no refleja el contenido completo de la historia clínica. También comprendo que puedo solicitar una copia completa de la historia clínica de mi hijo por otros medios.
- Mis actividades dentro de MyChart pueden ser rastreadas y las entradas que realizo pueden formar parte de la historia clínica.
- Mi acceso a las historias clínicas de mi hijo mediante MyChart solo se me permitirá hasta que mi hijo cumpla 18 años.
- Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendo esta Solicitud de MyChart y acepto sus términos.

Esta solicitud caducará a los 45 días si no ha activado su cuenta MyChart dentro de ese plazo.

Declaro que soy el padre/madre o tutor legal del niño. (Adjunte constancia de su condición de tutor legal si corresponde)

Nombre de Padre/Madre o Tutor en imprenta: _____

Firma de Padre/Madre o Tutor: _____ **Fecha:** ____/____/____
(obligatorio)

Este formulario debe ser firmado solamente por un padre/madre o tutor con derechos parentales sobre el menor antes mencionado; no envíe este formulario si no tiene la patria potestad ni la custodia legal de dicho menor. Incluya una copia de una identificación con fotografía emitida por el gobierno junto con su solicitud. Si su domicilio no coincide con el del menor, adjunte un comprobante de domicilio como una factura de servicios públicos, extracto bancario, etc.

Copia – Historia Clínica

Copia – Representante legal