



Consentimiento Parental para Adolescentes (13-17)
Cuenta MyChart™

Los padres y tutores legales de los pacientes menores de edad (13-17) pueden llenar este formulario para permitir que el adolescente bajo su responsabilidad abra una cuenta personal MyChart™ en University Health. La cuenta personal MyChart le permitirá al menor ver sus citas y acceder a más información de salud de la que está disponible con el acceso estándar por medio de un apoderado. Además, el adolescente podrá comunicarse directamente con los médicos de University Health para hablar sobre sus citas y resultados de análisis, así como para buscar orientación sobre salud. Tenga en cuenta que los comentarios de evolución, las órdenes clínicas o de diagnóstico y las citas médicas pueden quedar bloqueadas para los padres si se cumplen los criterios de confidencialidad de la legislación local y federal. Los expedientes médicos que tienen restricciones de confidencialidad en los adolescentes están relacionados con planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual o de declaración obligatoria, embarazo, salud mental y terapia contra las adicciones, de conformidad con los artículos 32.003 y 32.004 del Código Familiar de Texas [Texas Family Code], el artículo 81.041 del Código de Salud y Seguridad [Health and Safety Code], y el artículo 164.502, inciso g, párrafo 3, del Título 45 del Código de Reglamentos Federales (CFR) conforme a las Normas de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

Complete todas las secciones con LETRA DE IMPRENTA

Sección I. Información del paciente (adolescente):

Nombre: \_\_\_\_\_ FECHA NAC.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre MM DD AAAA

Domicilio: \_\_\_\_\_
Número y calle Ciudad Estado Código postal

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Sección II. Información del solicitante (padre, madre o tutor legal):

Nombre: \_\_\_\_\_ FECHA NAC.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre MM DD AAAA

Domicilio: \_\_\_\_\_
Número y calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular Casa Trabajo

Parentesco o relación con el paciente: Padre o madre Tutor legal

Al firmar esta Autorización, reconozco y acepto que:

- Soy la madre, el padre o el tutor legal del menor (13-17).
Otorgo a University Health mi permiso para divulgarle al menor su información médica protegida (IMP) a través de MyChart™, la cual puede incluir, entre otros, resumen de salud, lista de problemas actuales, medicamentos que toma actualmente, resultados de laboratorio e información de citas médicas. Esta también puede incluir información relacionada con: 1) el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o una infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), 2) tratamiento contra el abuso de drogas o alcohol, y 3) salud mental o conductual o atención psiquiátrica.
El menor debe utilizar una dirección de correo electrónico personal al crear su cuenta MyChart™.
El acceso a la cuenta MyChart™ está sujeto a las leyes y reglamentos de confidencialidad federales y estatales. No puedo usar el código de activación del menor ni su información de inicio de sesión, o acceder de otra forma a la cuenta con sus credenciales.
No puedo acceder a cierta información proporcionada al menor o por el menor a través de la cuenta MyChart™, como las comunicaciones directas con los médicos de University Health, que incluyen mensajes de MyChart™ entre el adolescente y su médico.
La información compartida en la cuenta puede incluir información de salud generada por University Health antes de que el menor cumpliera 13 años.
Soy responsable de que el menor entienda y cumpla con los Términos y Condiciones de MyChart™ de University Health.
Debo llamar al servicio de atención a clientes de University Health al 210-358-1777 para revocar el consentimiento para la cuenta personal del menor (13-17).

X \_\_\_\_\_
Firma del padre, de la madre o del tutor legal Parentesco o relación con el paciente Fecha

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para llenar este formulario, comuníquese al
Departamento de Gestión de la Información de Salud (Expedientes Médicos)
Teléfono: (210) 358-1777, Fax: (210) 702-4088
Los pacientes sin cita pueden llegar acudir a 701 S. Zarzamora, SATX 78207/ 4502 Medical Drive, SATX 78229

Sólo para uso de la oficina:

No. de Exp. Médico del Paciente (Adolescente) \_\_\_\_\_ Aprobado; Invitación manual enviada el: \_\_\_\_\_
Código de seguridad: \_\_\_\_\_ Rechazado: Motivo: \_\_\_\_\_

