



**Formulario de solicitud y autorización de apoderado  
para acceder a la cuenta de un menor en el Portal del Paciente MyChart™**

El padre, madre o tutor legal de un paciente menor de edad puede completar este formulario para solicitar el "acceso como apoderado" a la información de salud del menor en el Portal del Paciente MyChart™ de University Health. El acceso como apoderado le permite consultar la información de salud del menor en el Portal y también comunicarse a través del Portal con el equipo médico del menor. En algunos casos, es posible que se restrinja cierta información médica de la cuenta MyChart si el proveedor de atención médica considera que es lo más conveniente para el menor. Usted debe completar un formulario separado por cada menor cuya información quiera consultar como apoderado.

**Complete todas las secciones con LETRA DE IMPRENTA**

<b>Sección I. Información del paciente (menor):</b>						
Nombre: _____			Fecha de nacimiento: ____/____/____			
Apellido	Nombre	Inicial	MM	DD	AAAA	
Domicilio: _____						
Número y calle	Ciudad	Estado	Código postal			

<b>Sección II. Información del solicitante (padre, madre o tutor legal):</b>						
Nombre: _____			Fecha de nacimiento: ____/____/____			
Apellido	Nombre	Inicial	MM	DD	AAAA	
Domicilio: _____						
Número y calle	Ciudad	Estado	Código postal			
Teléfono: _____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo						

Correo electrónico del solicitante: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:  Padre o madre  Tutor legal

Al firmar este formulario de solicitud y autorización de apoderado, **reconozco y admito que:**

- Soy el padre, madre o tutor legal del menor.
- No soy un empleado de los Servicios de Protección al Menor (CPS) ni un padre de crianza. Los cuidadores con tutela temporal no son elegibles para acceder como apoderados a cuentas de menores y deben enviar sus solicitudes de pedido de información a través del Departamento de Registros Médicos.
- No hay ninguna orden judicial o de restricción vigente que limite el acceso a los registros médicos y/o a la información médica del menor.
- Otorgo a University Health mi permiso para divulgar información protegida sobre la salud (PHI) del menor a través del Portal del Paciente 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. Esto puede incluir información relacionada con 1) el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), 2) tratamiento por abuso de drogas o alcohol, y 3) salud mental o conductual o atención psiquiátrica
- Abriré mi propia cuenta MyChart™ para acceder a la cuenta MyChart™ del menor.
- Una vez que el menor cumpla 13 años, el acceso a cierta información médica sera restringida.
- Una vez que el menor cumpla 18 años, de acuerdo con lo establecido por la ley de Texas, tendrá la autoridad para crear su propio acceso a MyChart™.

X \_\_\_\_\_

Firma del padre, madre o tutor legal	Relación o parentesco con el/la paciente	Fecha
--------------------------------------	--	-------

**Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con:**

**Medical Records Department**  
 701 S. Zarzamora  
 San Antonio, TX 78207  
 Teléfono: (210) 358-1777 Fax: (210) 702-4088

<b>Sólo para uso de la oficina:</b>	
Patient (Child's) MRN _____	<input type="checkbox"/> Approved; Manual Invite Sent On: _____ Security Code: _____
<input type="checkbox"/> Rejected: Reason: _____	

