

Formulario de registro para el acceso del representante a MyChart

Información del representante (Tutor legal):

NOMBRE DEL REPRESENTANTE:	FECHA DE NACIMIENTO DEL REPRESENTANTE:
DIRECCIÓN:	CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL:
CORREO ELECTRÓNICO DEL REPRESENTANTE:	TELÉFONO DEL REPRESENTANTE:
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL REPRESENTANTE: (Sólo se requiere para las solicitudes a HIM)	

Información del paciente: (Proporcione el nombre y fecha de nacimiento de los niños a cuyos historiales médicos desee tener acceso).

NOMBRE DEL PACIENTE 1:	FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE 1:
NOMBRE DEL PACIENTE 2:	FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE 2:
NOMBRE DEL PACIENTE 3:	FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE 3:

Seleccione qué tipo de cuenta de MyChart necesita:

- Tutor legal que requiere acceso al historial médico de MyChart de mi hijo (de 0 a 17 años de edad).**
- Si su hijo tiene entre 0 a 17 años de edad se le otorgará acceso sin restricciones al historial médico de su hijo.
 - Una vez que su hijo cumpla 18 años, ya no tendrá acceso a su historial médico.
- Solicitud a la cuenta de MyChart para adolescentes (de 14 a 17 años de edad):** Yo, el tutor legal, autorizo y estoy de acuerdo en que mi adolescente menor de edad pueda tener acceso a su propia cuenta de My Chart.

Firma del tutor legal (requerida)

Fecha

NOMBRE DEL PACIENTE 1:	FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE 1:	CORREO ELÉCTRONICO DEL PACIENTE 1 (requerido):
NOMBRE DEL PACIENTE 2:	FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE 2:	CORREO ELÉCTRONICO DEL PACIENTE 2 (requerido):
NOMBRE DEL PACIENTE 3:	FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE 3:	CORREO ELÉCTRONICO DEL PACIENTE 3 (requerido):



Acuerdo de entendimiento del acceso del representante a MyChart

Entiendo que:

- MyChart está diseñado para ser una fuente segura en línea de mi información de salud personal. Si comparto mi identificación de acceso y contraseña con alguien, esa persona podría ver mi información, la de mi hijo o de alguien que me haya autorizado como su representante de MyChart.
- Mi contraseña es mi responsabilidad. La mantendré en secreto y la cambiaré si pienso que alguien tiene acceso a ella.
- MyChart no incluye el contenido completo del historial médico. Puede pedir una copia del historial médico del paciente. Es posible que tenga que pagar por las copias. El personal del departamento de Manejo de la Información de Salud (Health Information Management) de Children's Wisconsin lo puede ayudar con estas solicitudes.
- Children's Wisconsin puede monitorear las actividades por computadora en MyChart. Es posible que la información que ingrese se vuelva parte del historial médico.
- Children's Wisconsin brinda acceso a MyChart para la comodidad de los pacientes y familias. Children's Wisconsin tiene el derecho de anular el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier razón.
- Depende de mí si uso MyChart. No estoy obligado a hacerlo ni a autorizar que otra persona tenga acceso a mi cuenta de MyChart.
- Es mi responsabilidad mantener mi dirección de correo electrónico actualizada en todo momento en el sistema de MyChart. Si mi correo electrónico no está vigente, no recibiré mensajes importantes de Children's Wisconsin por medio de MyChart.

Para el registro a MyChart y todo tipo de accesos del representante:

Al firmar abajo, reconozco que he leído y que entiendo este formulario de registro para el acceso del representante a MyChart, y que estoy de acuerdo con sus términos.

Firma del tutor legal (requerida)

Fecha (requerida)

Relación con el paciente

Envíe todos los formularios a:

- Por correo electrónico a: MedicalRecords@chw.org
- Por fax al: 414-266-6316
- Por correo a:

Children's Wisconsin
Health Information Management
PO Box 1997
Summit 4300 3W
Milwaukee, WI 53201