



**THE UNIVERSITY OF
KANSAS HEALTH SYSTEM**

11300 Corporate Ave. Suite 345, Lenexa, KS
66219

**Departamento de Gestión de
Información de Salud**

No escriba en este cuadro



DT4171

Solicitud de acceso a MyChart

Nombre: _____

F. de nac.: _____

N.º de registro médico: _____

Solicitud de acceso por poder a MyChart: para acceder al MyChart de un paciente menor de edad Otorgamiento de acceso a su información médica disponible en MyChart a otras personas

- Un menor es una persona que aún no ha cumplido los 18 años.
- Un apoderado es una persona que puede acceder a la información de la cuenta MyChart de un menor (que contiene componentes clave del historial médico).
- Solicitud de acceso por medio de un apoderado a MyChart de un menor - Para tener acceso a la cuenta MyChart de un paciente menor de edad, se puede conceder a un padre o tutor un acceso completo a la cuenta MyChart de un menor con acceso por medio de un apoderado hasta que el menor cumpla 14 años, en cuyo momento el acceso por medio de un apoderado es limitado, y el padre o tutor ya no podrá tener acceso a información como resultados de pruebas, medicamentos, asuntos de salud y citas anteriores en MyChart. Un padre o tutor legal puede contactar al Departamento de Manejo de Información de Salud para obtener el expediente médico completo del paciente a través del equipo de divulgación de información en el 913-588-2454, Opción 1.
- Un menor, de 14 a 17 años de edad, puede autorizar el acceso total del apoderado a un padre o tutor firmando la autorización que figura a continuación (Parte B). El acceso completo permitirá al apoderado ver toda la información de MyChart, incluida información como los resultados de pruebas, medicamentos, problemas de salud y citas anteriores.
- Después de autorizar el acceso completo del apoderado a un padre o tutor legal, el menor de 14 a 17 años puede restablecer el acceso limitado del apoderado a través de los Ajustes de Acceso Familiar de MyChart o firmando el formulario de Revocación de Apoderado de MyChart.
- Para que un apoderado adulto (de 18 años o más) pueda ver la información en la cuenta MyChart del menor, complete el formulario a continuación. Vea la **Parte A** para un paciente menor de 14 años. Vea la **Parte B** para un paciente menor de 14 a 17 años.
- El acceso por poder a la cuenta MyChart de un paciente menor de edad es válido hasta que el paciente cumpla los 18 años de edad, la muerte del paciente o cualquier requisito estatutario o reglamentario permita automáticamente que la autorización expire. A la edad de 18 años el acceso por poder se termina. El paciente de 18 años puede firmar un formulario de solicitud de acceso por poder como paciente adulto para permitir que se cree una nueva relación de adulto por poder.
- Después de los 18 años, si el paciente tiene una capacidad mental disminuida, un padre o tutor legal puede tener acceso completo al proxy, que continúa una vez completado el Formulario de Solicitud de Acceso por Poder para un Paciente Adulto y presentado una copia de los documentos de tutela del tribunal.
- Un menor también puede limitar el pleno acceso a los registros médicos por parte de un padre o tutor si recibe tratamiento para determinadas afecciones. Comuníquese con la Administración de Información Médica al 913-588-2454, opción 1, para obtener más información.
- A los padres de crianza se les puede conceder acceso pero son responsables de notificar a The University of Kansas Health System enviando un correo electrónico a MyChart@kumc.edu o llamando al 913-588-2420 si y cuando su relación ha cambiado o ha sido terminada con el paciente.

1. Datos del paciente: (Menor al que se solicita acceso por poder) **Se requiere un formulario separado para cada niño.**

Nombre del paciente: Apellido _____ Nombre _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ Sexo M ___ F ___

Segundo nombre _____ Nombres anteriores _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Solo para mayores de 14 años: Teléfono principal del menor _____ Correo electrónico del menor _____

Médico de cabecera _____ Consultorio primario o clínica _____

Solo para las edades de 14 a 17 años: El niño tiene una capacidad mental disminuida diagnosticada por un médico. ___ No ___ Sí

2. Información del apoderado: (Padre o madre o tutor que desee acceder a la información del paciente por medio de un apoderado) **Cada padre o madre debe completar un formulario separado.**

Nombre del apoderado: Apellido _____ Nombre _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ Sexo M ___ F ___

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombres anteriores _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Teléfono principal _____ Teléfono alternativo _____ Correo electrónico _____

¿El apoderado tiene una cuenta de MyChart activa? ___ ¿Ha sido el apoderado un paciente de KU Health System? ___

Relación con el paciente: Padre o madre ___ Guardián legal * ___ Otro, especifique)* _____

**Esta solicitud debe ir acompañada de una copia de la documentación legal que verifique la relación del apoderado con el paciente.*

Solicitud de acceso del apoderado a MyChart para un paciente menor de edad



**THE UNIVERSITY OF
KANSAS HEALTH SYSTEM**

11300 Corporate Ave Suite 345, Lenexa,
KS 66219

**Departamento de Gestión de
Información de Salud**

No escriba en este cuadro

Nombre: _____

F. de nac.: _____

N.º de registro médico: _____

Solicitud de acceso del apoderado a MyChart: Para acceder a la AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA del MyChart de un paciente menor de edad

PARTE A: Para ser completada por el padre, madre o tutor.

Yo, el padre, madre o tutor del paciente menor de edad mencionado arriba, entiendo lo siguiente:

- **La siguiente información se va a divulgar:** Toda la información según se autorice a través de MyChart (Tenga en cuenta que MyChart tal vez no contenga la historia clínica completa).
- **Cuando mi hijo cumpla 14 años,**
 - **Mi hijo puede tener su propia cuenta de MyChart con una dirección de correo electrónico separada de la mía.**
 - **Mi acceso por poder a la cuenta de MyChart de mi hijo será limitado,** y ya no podré acceder a información como los resultados de exámenes, medicamentos, problemas de salud y citas anteriores. Seguiré teniendo acceso a las alergias y a las vacunas.
 - Podré pagar una cuenta usando la función "Pagar como invitado".
 - Mi hijo (de 14 a 17 años de edad) puede firmar una autorización (Parte B) que me da acceso total hasta los 18 años de edad. Mi hijo puede más tarde restablecer mi acceso completo a un acceso limitado a través de los Ajustes de Acceso Familiar de MyChart sin ninguna otra acción por mi parte.
 - En el caso de menores (de 14 a 17 años) con capacidad mental disminuida, uno de los padres o el tutor puede tener acceso completo continuo desde los 14 hasta los 17 años de edad al completar este formulario y con la documentación apropiada en el registro médico por el médico del paciente.
- Entiendo que la autorización para la divulgación de esta información de salud es voluntaria. Me puedo negar a firmar esta autorización.
- Entiendo que toda divulgación de información conlleva la posibilidad de que se produzca una nueva divulgación no autorizada y que la información tal vez no esté protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de la información de salud de mi hijo, puedo contactar a la Oficina de Relaciones con el Paciente de The University of Kansas Health System al 913-588-1290.
- Entiendo que esta autorización debe ser llenada completamente y firmada y fechada para ser considerada válida. El código de activación que reciba será válido durante sesenta días.
- Declaro que tengo 18 años de edad o más, o que estoy emancipado legalmente y que tengo la facultad legal para firmar esta autorización.

Firma del padre o madre o tutor

Relación con el paciente (padre, madre, tutor)

_____/_____/_____
Fecha

PARTE B: Para ser completada por el paciente (Edad 14-17)

Autorizo a The University of Kansas Health System a divulgar la información médica a través de MyChart a: El apoderado designado nombrado arriba

La siguiente información se va a divulgar: Toda la información según se autorice a través de MyChart (Tenga en cuenta que MyChart tal vez no contenga la historia clínica completa). También tengo el derecho de limitar la divulgación de mi registro médico completo a mi padre o madre o tutor si estoy consintiendo mi propio cuidado para ciertas condiciones).

- Entiendo que tengo el derecho de limitar esta autorización en cualquier momento a través de los Ajustes de Acceso Familiar de MyChart.
- Entiendo que la limitación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización.
- Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), u otros asuntos reproductivos. También puede incluir información acerca de los servicios de salud conductual o mental, y los tratamientos contra el abuso de drogas y alcohol. Autorizo la divulgación de estos registros.
- Entiendo que la autorización para la divulgación de esta información de salud es voluntaria. Me puedo negar a firmar esta autorización.
- Entiendo que toda divulgación de información conlleva la posibilidad de que se produzca una nueva divulgación no autorizada y que la información tal vez no esté protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con la Oficina de Relaciones con el Paciente de The University of Kansas Health System al 913-588-1290.
- Entiendo que esta autorización debe ser llenada completamente y firmada y fechada para ser considerada válida. El código de activación que reciba será válido durante sesenta días.
- Estoy autorizando a mi padre o madre o tutor mencionado arriba a tener acceso completo a mi cuenta de MyChart, incluyendo acceso a mi información como resultados de exámenes, medicamentos, asuntos de salud y citas pasadas.
- Entiendo que mi padre o madre o tutor podrá seguir pagando mis cuentas de atención médica.

Firma del paciente menor de edad (14-17 años)

Nombre en letra de imprenta del paciente menor de edad

_____/_____/_____
Fecha

Envíe por correo, fax o correo electrónico el formulario completado y la documentación requerida a: The University of Kansas Health System-Health Information Management Dept.
11300 Corporate Ave Suite 345, Lenexa, KS 66219
Fax: 913-588-2495 Correo electrónico: MyChart@kumc.edu

Solicitud de acceso del apoderado a MyChart para un paciente menor de edad