

Llene y devuelva este formulario por medio de uno de los siguientes métodos:

ENTRÉGUELO EN	ENTRÉGUELO EN	FAX A	ENVÍELO POR CORREO ELECTRÓNICO A
La clínica	<b>Health Information Management</b> 3137 Frontage Road Oakwood, GA 30501	<b>MyChart Support Helpdesk</b> 770-219-2667	<b>MyChart Support Helpdesk</b> MyChart.Support@NGHS.com

### Acceso de representante – De un adulto a un menor (niño)

Para solicitar acceso a la cuenta de MyChart de un menor de edad, deberá llenar este formulario. Tenga en mente que accederá al expediente del menor por medio de la cuenta de MyChart de usted. Llenar este formulario creará una cuenta de MyChart para usted (si no tiene una todavía) y el paciente menor de edad. Si tiene preguntas, por favor llame al personal de apoyo de MyChart en el departamento de manejo de información de salud (Health Information Management) al (770) 219-1963.

### Términos y condiciones de MyChart:

- Entiendo que MyChart es un lugar seguro en línea para información médica confidencial. Si comparto mi identificación de MyChart y mi contraseña con otra persona, dicha persona podrá consultar mi información de salud, la información de salud de mi hijo, y la información de salud sobre alguien que me haya autorizado como un representante de MyChart.
- Acepto mantener seguras mi identificación (ID) y contraseña para inicio de sesión. Cambiaré mi contraseña si pienso que alguien más pudiera saberla.
- Sé que MyChart contiene parte de la información médica del expediente médico de un paciente y que MyChart no incluye el contenido completo del expediente médico. También entiendo que puedo solicitar al Departamento de manejo de información de salud (Health Information Management) una copia impresa del expediente médico de un paciente al llenar un Formulario de consentimiento para la divulgación de información. Puedo obtener una copia del formulario en línea en [www.NGHS.com](http://www.NGHS.com), al llamar al (770) 219-0500 para pedir una copia, o al presentarme en el Departamento de manejo de información de salud ubicado en 3137 Frontage Road, Oakwood, GA 30501 para recoger el formulario.
- Sé que mis actividades dentro de MyChart se pueden rastrear mediante auditorías de computadoras y que las anotaciones que yo haga se pueden convertir en parte del expediente médico.
- Sé que el Northeast Georgia Health System (NGHS) proporciona acceso a MyChart como cortesía para sus pacientes y que NGHS tiene el derecho a suspender el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier motivo.
- Entiendo que NGHS no es un proveedor de servicios de atención al paciente; en vez de ello, es una organización matriz de una familia de proveedores de atención filiales que ofrece servicios de manejo de información de salud por medio de su Departamento de manejo de información de salud.

**\*Tenga en cuenta las siguientes limitaciones respecto a intervalos de edades para MyChart. Estas limitaciones respecto a intervalos de edades no afectan ningún derecho legal que tenga para acceder al expediente de su hijo por otros medios.**

- Si un paciente menor de edad tiene **entre 0 y 12 años**, a los padres o tutores legales se les concederá acceso COMPLETO a la cuenta de MyChart del menor.
- Si un paciente menor de edad tiene **entre 13 y 17 años**, a los padres o tutores legales se les concederá acceso LIMITADO a la cuenta de MyChart del menor. Los padres o tutores legales pueden pedir citas, consultar registros de vacunación y enviar mensajes en la cuenta de MyChart del menor.
- Una vez que un paciente menor de edad cumple los 18 años, los padres o tutores legales ya no tendrán acceso a la cuenta de MyChart del paciente, a menos que éste les conceda acceso. Los padres o tutores legales PERDERÁN ACCESO.
- Si un paciente menor de edad se ha emancipado, los padres o tutores legales NO tendrán acceso de representación.

Northeast Georgia Health System complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. For more information, visit [www.nghs.com/nondiscrimination](http://www.nghs.com/nondiscrimination)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 770-219-1689 (TTY: 1-800-255-0135)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 770-219-1689 (TTY: 1-800-255-0135).

Por favor, llene la página 2 de este formulario.



Form # 108750-03578 B (7/18/2018)



Northeast Georgia Health System

Para uso exclusivo de la clínica  
For Clinic Use Only  
Place Patient Label Here  
Send to HIM to be scanned

Por favor, proporcione la siguiente información para cada paciente (si tiene más de un menor de edad para quien le gustaría tener acceso de representación, por favor llene un formulario aparte para cada menor):

**Información del menor de edad:** (Todas las secciones son obligatorias – escriba con claridad en letra imprenta)

Llene esta sección con información sobre el paciente a cuya cuenta de MyChart está solicitando acceso.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

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

Últimos 4 dígitos del n.º de seg. soc.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Clínica principal: \_\_\_\_\_

**Información del solicitante (representante):** (Todas las secciones son obligatorias – escriba con claridad en letra imprenta)

La persona que solicita acceso a la cuenta de MyChart del paciente adulto deberá llenar esta sección, la cual trata sobre sí misma.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del n.º de seg. soc.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Clínica principal: \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, declaro que he leído el contenido de este Formulario de autorización para el acceso de un representante a MyChart y que acepto sus términos y condiciones.

### Autorización para acceso de representación estándar para un adolescente

He presentado documentación legal que me autoriza a tener acceso a la cuenta de MyChart de este paciente.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Firma del padre, madre o tutor legal** / **Relación con el paciente** / **Fecha**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente (o de la persona autorizada)** / **Relación con el paciente** / **Fecha**

(Obligatorio para pacientes de 13 años de edad en adelante)

### Autorización para acceso completo de representación para un adolescente

En el caso de pacientes de entre 13 y 18 años de edad, por favor llenen esta sección para otorgar a los padres o los tutores legales acceso COMPLETO a MyChart.

Yo, \_\_\_\_\_ por el presente, entiendo que con mi firma estoy concediendo a mi padre, madre o tutor legal acceso a TODA mi información médica que incluye, entre otros datos: medicamentos, citas pasadas y futuras, todos los mensajes dirigidos a mis proveedores y los recibidos de ellos, resultados de pruebas, vacunaciones e información de facturación.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente (o de la persona autorizada)** / **Fecha**

(Required for patients 13 and over)

