

Formulario de solicitud de acceso del apoderado adulto a la cuenta MyChart del paciente menor

El padre, la madre o el tutor legal de un paciente menor de edad (menor de 18 años) de Virtua Health (Virtua) debe completar este formulario para solicitar acceso de apoderado a la cuenta Virtua MyChart del paciente menor. Las personas que soliciten acceso de apoderado deben tener derechos parentales o de tutela en relación con el paciente menor, que las autoricen a acceder a la historia clínica del paciente menor. Envíe este formulario completado al Departamento Corporativo de Administración de la Información Médica de Virtua por fax, al 856-762-2843, o por correo, a 130 Carnie Boulevard, Suite 3, Voorhees, NJ 08043. Si es el tutor legal del paciente menor, también deberá enviar comprobantes de su condición de tutor legal.

Información del paciente menor:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
(nombre de pila, inicial del segundo nombre, apellido)

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Información del apoderado:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
(nombre de pila, inicial del segundo nombre, apellido)

Dirección: _____

Últimos cuatro dígitos del número del Seguro Social: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Debe tener su propia cuenta Virtua MyChart, ya que podrá acceder la información del paciente menor desde dicha cuenta. Si no tiene una cuenta Virtua MyChart, le enviaremos un código de activación para que pueda crear una. Indique cómo desea recibir el código de activación; para ello, marque alguna de las siguientes casillas.

- Deseo que me envíen el código de registro a la dirección de correo electrónico que indiqué antes y que se agregue mi dirección de correo electrónico a mi historia clínica de Virtua o se actualice.
- Deseo que me envíen el código de registro por correo postal a la dirección que indiqué antes.

Yo, el apoderado adulto antes mencionado, comprendo y acepto lo siguiente:

- Solicito acceso de apoderado a la cuenta Virtua MyChart del paciente menor antes mencionado.
- Tengo derechos parentales o de tutela en relación con el paciente menor, que me autorizan a acceder a su historia clínica y ninguna orden judicial u otra documentación legal me impide acceder a esta.
- He leído, comprendo y acepto los Términos y condiciones de MyChart de Virtua, los cuales están disponibles en el sitio web de MyChart de Virtua en <https://www.virtua.org/MyChart>.
- Tendré acceso absoluto a la cuenta MyChart del paciente menor mientras este tenga de 0 a 11 años. Cuando el paciente menor tenga de 12 a 17 años, solo tendré acceso limitado a su cuenta MyChart.
- Ya no tendré acceso a la cuenta MyChart del paciente menor 1) cuando el paciente cumpla 18 años; 2) si se revocan mis derechos parentales o de tutela en relación con el paciente; o 3) si el paciente informa a Virtua Health que se emancipó y proporciona comprobantes al respecto. En ese momento, si lo desea, el paciente podrá completar el *Formulario de solicitud y autorización de acceso del apoderado adulto* de Virtua, para mantener el acceso del apoderado a su cuenta MyChart.
- Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de determinados tipos de atención médica que los menores no emancipados solicitan de manera confidencial.



Al firmar a continuación, reconozco que he leído la información anterior y la comprendo y acepto.

Firma del paciente o de su representante legal (según corresponda)

Fecha

Hora

Nombre del representante legal del paciente (en letra de molde)

Relación con el paciente o declaración de la autoridad para actuar en nombre del paciente (es decir, cónyuge, padre, madre, tutor legal, etc.)

Para uso interno solamente/For Internal use only:

Virtua Employee's Name:	Virtua Employee's Signature:	Date:
-------------------------	------------------------------	-------