



Patient Label

Solicitud de acceso por representación a MyHealth para un menor

Los padres y los tutores legales de niños menores pueden solicitar acceso a información relacionada con su salud a través de MyHealth si cumplimentan un formulario y lo presentan a la clínica de Legacy donde el paciente recibe servicios. **Sólo las personas con derechos parentales (padre/madre) o los tutores legales de un menor pueden solicitar acceso a la información médica de dicho menor.**

Niños menores de 13 años:

- Acceso por representación completo para el padre/madre/tutor legal que vence al cumplir el paciente los 14 años de edad.

Menores de 14 a 17 años:

- Acceso por representación limitado para el padre/madre/tutor legal que vence al cumplir el paciente los 18 años de edad.
- Designarle acceso a un representante es una decisión voluntaria. Sin embargo, si el paciente menor decide concederle acceso a un representante, el paciente menor tendrá que firmar y fechar a continuación.
- Los límites de edad no afectan cualquier derecho legal que usted tenga de obtener acceso al expediente médico de su hijo o del niño.

***Si usted no es el padre biológico o la madre biológica, deberá presentar documentación en la que conste que usted es el tutor legal de dicho paciente. Hay que llenar todas las secciones de este formulario para validar el acceso por representación.**

Información del niño menor
Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Dirección/Domicilio: _____

Información del Padre/Madre/Tutor legal representante/apoderado
Nombre y apellido(s) del representante/apoderado: _____ Fecha de nacimiento: _____
Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____
Dirección/Domicilio: <input type="checkbox"/> La misma que el menor/hijo <input type="checkbox"/> Diferente: _____
Relación o parentesco con el paciente (marque la casilla correspondiente): <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Padre/Madre de acogida* <input type="checkbox"/> Tutor legal* <input type="checkbox"/> Otro*: _____
*Si usted no es el padre biológico o la madre biológica tendrá que presentar documentación legal (por ejemplo: un mandato judicial, decreto de adopción)
Tipo de acceso facultado (marque la casilla correspondiente): <input type="checkbox"/> Acceso por representación completo <input type="checkbox"/> Acceso por representación limitado <input type="checkbox"/> Acceso de padre/madre de acogida
<small>*Si no se selecciona un tipo de acceso, se designará por defecto el Acceso por representación limitado</small>

Términos y condiciones para la concesión de acceso por representación de un paciente menor de edad comprendida entre los 14 y los 17 años

Por la presente entiendo que con mi firma, concedo acceso por representación a mi información médica a través de Legacy Health MyHealth a mi padre/madre/tutor legal. Salvo que lo revoque por escrito, el acceso por representación vencerá automáticamente el día en que yo cumpla los 18 años. Entiendo que otorgar acceso a un representante es una decisión voluntaria, y que no estoy obligado a designar a un usuario representante. Entiendo que puedo revocar el acceso a un representante en cualquier momento mediante una solicitud por escrito.

Firma del paciente si tiene entre 14 y 17 años de edad

Fecha

Términos y acuerdo del acceso para recibir acceso por representación

Doy fe de que soy el usuario representante nombrado anteriormente y que estoy autorizado a tener acceso a la información confidencial del menor a través de Legacy Health MyHealth. Mis derechos parentales (padre/madre) no han sido revocados, rescindidos ni tampoco anulados por un mandato judicial en lo que se refiere al contacto o información acerca del susodicho menor. En caso de que en un futuro cambiara mi autoridad legal de tomar decisiones de atención médica acerca del menor, se lo comunicaré de inmediato a Legacy Health. Acepto cumplir con los *Términos y condiciones de uso* que se encuentran en: <https://myhealth.lhs.org>

Firma del Padre/Madre/Tutor legal/Padre o Madre de acotida

Fecha