



Запрос на доверенный доступ к учетной записи MyHealth несовершеннолетнего

Родители или законные представители несовершеннолетних могут запросить доступ к информации о состоянии здоровья своего ребенка через учетную запись MyHealth. Для этого надо заполнить данную форму и передать ее в клинику Legacy, в которой они получают медицинские услуги. **Запрашивать доверенный доступ к информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего имеют право только родители или законные представители несовершеннолетнего.**

Дети 13 лет и младше:

- Полный доверенный доступ для родителя/законного представителя, действие доступа прекращается после исполнения пациенту 14 лет.

Несовершеннолетние в возрасте от 14 до 17 лет:

- Доверенный доступ для родителя/законного представителя может быть ограниченным и прекращается после достижения пациентом 18 лет.
- Доверенный доступ предоставляется добровольно. Однако, если несовершеннолетний пациент решает предоставить доверенный доступ, он должен поставить свою подпись и указать дату в соответствующем месте ниже.
- Указанные возрастные ограничения не лишают вас законного права на получение доступа к медицинской документации своего ребенка иными способами.

***Если вы не биологический родитель, необходимо предоставить документ, подтверждающий ваш статус законного представителя пациента. Запрос на предоставление доверенного доступа считается действительным при условии, что в нем заполнены все разделы.**

Данные несовершеннолетнего ребенка		
Имя и фамилия пациента:	Дата рождения:	Возраст:
Адрес:		
Сведения о родителе/законном представителе, которому предоставляется доверенный доступ		
Имя и фамилия родителя/законного представителя:	Дата рождения:	
Телефон для связи:	Адрес электронной почты:	
Адрес: <input type="checkbox"/> Такой же как у несовершеннолетнего/ребенка <input type="checkbox"/> Другой:		
Кем приходится несовершеннолетнему/ребенку (выбрать одно): <input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Неродной родитель* <input type="checkbox"/> Законный представитель* <input type="checkbox"/> Другое*:		
*Если вы не биологический родитель, необходимо предоставить документ, подтверждающий ваш статус законного представителя (например, решение суда или свидетельство об усыновлении)		
Тип предоставленного доступа (выбрать одно): <input type="checkbox"/> Полный доверенный доступ <input type="checkbox"/> Ограниченный доверенный доступ <input type="checkbox"/> Доступ неродному родителю		
*Если тип доступа не выбран, по умолчанию будет предоставлен ограниченный доверенный доступ		

Несовершеннолетний пациент в возрасте 14-17 лет. Условия предоставления доверенного доступа

Ставя свою подпись, я понимаю, что предоставляю своему родителю/законному представителю доступ к своей медицинской информации через Legacy Health MyHealth. Если я не отзову свое решение в письменном виде, доверенный доступ автоматически прекращает действие, когда мне исполнится 18 лет. Я понимаю, что доверенный доступ предоставляется добровольно, и от меня не требуют назначить доверенного пользователя. Я понимаю, что вправе в любое время отозвать доверенный доступ, подав письменный запрос.

Подпись пациента, если ему/ей 14-17 лет

Дата

Условия предоставления доверенного доступа к медицинской информации несовершеннолетнего пациента в возрасте от 14 до 17 лет

Я подтверждаю, что являюсь доверенным пользователем, поименованным выше, которому предоставлен доступ к защищенной информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего ребенка в соответствии с указанным выше родственным отношением. Мои родительские права в отношении указанного выше несовершеннолетнего ребенка не были переданы, аннулированы, прекращены или иным образом отменены решением суда в части контактов с ребенком или получения информации о нем. Если в будущем мое законное право принимать решения относительно оказания медицинской помощи за этого ребенка изменится, я немедленно уведомлю Legacy Health. Я соглашаюсь соблюдать Условия использования *MyHealth* от Legacy Health, доступные по ссылке <https://myhealth.lhs.org>

**Подпись родителя/законного представителя/
неродного родителя/другого лица**

Дата