



# Montefiore

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE MONTEFIORE MYCHART PARA EL APODERADO DE UN MENOR

Para ser completado por el padre, madre o tutor legal

Patient Information/Label

Solicitud para acceder a la historia clínica de su hijo en Montefiore MyChart

Para acceder a la historia clínica de su hijo en Montefiore MyChart, por favor, complete las dos páginas de este formulario. Al completar este formulario usted crea una cuenta de Montefiore MyChart para poder administrar la atención de su hijo on-line a través de Montefiore MyChart.

Por favor, tenga presente que no debe utilizar este formulario en casos de menores emancipados. Los menores emancipados deben utilizar el Formulario de solicitud de Montefiore MyChart para el apoderado de un adulto. A continuación detallamos los límites de edad para Montefiore MyChart.

- Si su hijo tiene entre 0 y 11 años, usted tiene acceso total a la historia clínica de Montefiore MyChart de su hijo. Una vez que su hijo alcance los 12 años de edad, usted tendrá acceso limitado a la historia clínica de Montefiore MyChart de su hijo (por ej., solicitud de cita).
- Si su hijo tiene entre 12 y 17 años, usted tendrá acceso limitado a la historia clínica de Montefiore MyChart de su hijo (por ej., solicitud de cita).
- Una vez que su hijo alcance los 18 años, usted ya no podrá acceder a la historia clínica de Montefiore MyChart de su hijo.

**Envíe los formularios completos:** al consultorio de su médico que necesitará por lo menos 48 horas para procesarlos, una vez transcurrido dicho plazo comuníquese con el personal de apoyo de Montefiore MyChart llamando al 855-226-3069 para activar su condición de apoderado

Por favor, escriba en letra de imprenta:

**Información del padre, madre o tutor** (todas las secciones son obligatorias)

Nombre del apoderado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

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

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

¿Recibió algún servicio en Montefiore Health System, Inc.?  SÍ  NO

Ingrese la siguiente información para cada menor. Todos los campos son obligatorios. En caso de que desee solicitar acceso como apoderado para más de cuatro menores, solicite otro formulario.

Nombre: (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Dirección del paciente, si es diferente de la anterior:
A.		
B.		
C.		
D.		

Por favor, recuerde leer y completar la 2da página de este formulario.

**MONTEFIORE  
FORMULARIO DE SOLICITUD DE MONTEFIORE MYCHART PARA  
EL APODERADO DE UN MENOR**

Patient Name:

MR #:

**Para ser completado por el padre, madre o tutor legal**

**Facultad para obtener información médica del menor (tilde una opción):**

Marque todas las opciones que correspondan.

- Soy el padre/madre biológico con la custodia del menor.

Menor A    Menor B    Menor C    Menor D

Marque todas las opciones que correspondan.

- Se me ha otorgado la custodia del menor con derecho a tomar decisiones relativas a su atención médica (adjunte orden del tribunal que demuestre custodia/derecho).

Menor A    Menor B    Menor C    Menor D

**Términos y acuerdo MyChart:**

- Comprendo que Montefiore MyChart ha sido diseñado para usarse como fuente online segura de información médica confidencial. Si comparto mi nombre de usuario y contraseña o permito que otra persona acceda a mi cuenta de Montefiore MyChart, dicha persona podrá ver mi información de salud o la información de salud de cualquier otra persona a la que yo tenga acceso como apoderado.
- Acepto que es mi responsabilidad elegir una contraseña confidencial, mantener mi contraseña de forma segura, y cambiar inmediatamente mi contraseña si considero que se ha visto expuesta a algún riesgo.
- Comprendo que Montefiore MyChart contiene información médica seleccionada y limitada y que Montefiore MyChart no refleja los contenidos completos de la historia clínica del paciente.
- Comprendo que Montefiore Health System, Inc. brinda acceso a Montefiore MyChart a modo de conveniencia para el paciente y que Montefiore Health System, Inc. tiene derecho a revocar el acceso a Montefiore MyChart en cualquier momento y por cualquier razón.
- Comprendo que el uso de Montefiore MyChart es voluntario y que no estoy obligado a utilizar Montefiore MyChart.
- Comprendo que ya no tendré acceso a Montefiore MyChart cuando mi hijo cumpla los 18 años de edad o cuando el centro médico tome conocimiento de que mi hijo se ha emancipado. También comprendo que la legislación federal y estatal puede proteger la privacidad y confidencialidad de ciertos tipos de atención médica solicitada por menores no emancipados.

He leído este Formulario de solicitud de Montefiore MyChart para el apoderado de un menor y comprendo y acepto los términos que contiene.

\_\_\_\_\_  
PADRE/TUTOR NOMBRE EN IMPRENTA

\_\_\_\_\_  
FIRMA (PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL)

\_\_\_\_\_  
FECHA (CAMPO OBLIGATORIO)

**Ejemplos de ID:**

Identificación emitida por el gobierno (como por ej., licencia de conducir, pasaporte u otro tipo de identificación)

For office use only: Received by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Department: \_\_\_\_\_