

Acceso al expediente de MyChart de Neighborhood Outreach Access to Health (NOAH) de su hijo.

Para solicitar acceso al expediente de MyChart de un menor cuya atención médica usted ayuda a administrar, complete este formulario o el formulario que se encuentra en el sitio web de NOAH en www.noahhelps.org bajo Patient Resources > MyChart > Proxy Form. El padre/tutor puede firmar de manera electrónica el formulario que aparece en línea o este formulario y proporcionar autorización para divulgar la información médica de MyChart con el “Formulario de autorización para el apoderado de menores”. Tenga en cuenta que el expediente del menor se accederá a través de su expediente (del apoderado) de MyChart. Al completar este formulario se establecerá un expediente en MyChart para usted y su hijo(a), si aún no existe uno.

Información del Padre/Tutor: *(Se requiere completar todas las secciones – escriba con letra legible)*

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

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Centro de atención médica: _____

Notas:

- Una vez que su hijo cumpla 12 años, usted tendrá acceso limitado de manera automática a la información en la cuenta de MyChart de su hijo.
- Una vez que su hijo cumpla 18 años, usted ya no tendrá acceso a la cuenta de MyChart de su hijo.
- Bajo la ley del estado de Arizona, usted no recibirá ninguna copia de ningún resultado si su hijo menor de edad se presenta para el tratamiento de una enfermedad de transmisión sexual (ETS), tratamiento de salud psiquiátrica y conductual, resultados de pruebas de detección de abuso de sustancias (drogas/alcohol), pruebas de embarazo, notas del médico con respecto a abuso.
- Si su hijo está emancipado, deberá completar el Formulario de apoderado de un adulto para otorgarle acceso a su expediente.
- Para solicitar una copia del expediente de su hijo, comuníquese al Departamento de administración de información de salud (HIM, por sus siglas en inglés) de NOAH al 480-882-4545 extensión 8. Se requerirá autorización adicional.

Proporcione la siguiente información por cada hijo(a): *(Se requiere completar todos los campos. Si tiene más de tres niños por los que desea obtener acceso como apoderado, complete otro formulario).*

A. Nombre _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
(apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

B. Nombre _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
(apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

C. Nombre _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
(apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Resumen de los términos y el acuerdo de MyChart

El acceso como apoderado para pacientes permite a otra persona, de la elección del paciente, vincular la cuenta del portal de pacientes de MyChart del paciente a su propia cuenta de portal de pacientes. Vincular la cuenta del portal del paciente a la suya permitirá al apoderado ver y administrar la información personal de salud del paciente.

- Entiendo que MyChart tiene el propósito de ser una fuente segura en línea de información médica confidencial. Si comparto mi identificación y contraseña de MyChart con otra persona, esa persona podrá ver la información médica de mi hijo y la información médica sobre alguien que me ha autorizado como apoderado de MyChart.
- Acepto que es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantener mi contraseña de forma segura y cambiar la contraseña si considero que puede haber sido comprometida de alguna manera.
- Entiendo que MyChart contiene información médica selecta y limitada del expediente médico de un paciente y que MyChart no refleja el contenido completo del expediente médico. También entiendo que se puede solicitar una copia del expediente médico del paciente en cualquier instalación de NOAH o en el consultorio del médico y que se requerirá una autorización adicional.
- Entiendo que cierta información no se puede compartir conforme los requisitos estatales y federales, como la información protegida de salud conductual y/o la información sobre enfermedades de transmisión sexual, etc.
- Entiendo que, si deseo recibir acceso más completo a un expediente médico, me pondré en contacto con el Departamento de administración de información de salud (HIM por sus siglas en inglés).
- Entiendo que mis actividades dentro de MyChart pueden ser rastreadas mediante auditoría informática y que la información que ingrese puede convertirse en parte del expediente médico del paciente.
- Entiendo que el acceso a MyChart es proporcionado por NOAH y sus Afiliados para la comodidad de sus pacientes y que NOAH tiene el derecho a desactivar el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier motivo.
- Entiendo que el uso de MyChart es de manera voluntaria y no se me obliga a usar MyChart ni a autorizar un apoderado para MyChart.
- El acceso de apoderado al expediente médico del paciente puede ser revocado por el paciente en MyChart, o mediante una solicitud por escrito en cualquier momento. NOAH y sus Afiliados también se reservan el derecho de revocar el acceso en línea a la información de salud en cualquier momento.
- Entiendo que puedo comunicarme con NOAH o sus Afiliados en cualquier momento para restringir el acceso de mi apoderado a mi cuenta del portal de pacientes de MyChart y a mi información personal de salud llamando a la Administración de información de salud al 480-882-4545 extensión 8.
- Entiendo que, si comparto mi información de salud de MyChart con un tercero, es posible que ya no esté protegida por las reglas de privacidad estatales y federales.
- Acepto cumplir con los términos y condiciones del sitio web de MyChart y/o la aplicación móvil.
- MyChart no debe utilizarse en situaciones de emergencia. Si tengo un caso de emergencia médica o tengo una pregunta médica urgente, llamaré al 911 o me comunicaré directamente con mi proveedor de atención médica.
- Entiendo que los siguientes puntos no deben divulgarse junto con otra información médica en el expediente médico del menor: información y/o registros relacionados con el VIH/ SIDA, información sobre enfermedades de transmisión sexual (ETS), embarazo, métodos anticonceptivos, el diagnóstico/ tratamiento relacionado con drogas/alcohol, información sobre remisiones médicas, información sobre pruebas genéticas, información sobre agresión/abuso sexual e información sobre maltrato/negligencia a menores.

Mediante mi firma a continuación, reconozco que he leído y entiendo este formulario de registro de MyChart y estoy de acuerdo con sus términos. Entiendo que puedo revisar el documento completo sobre los Términos y Condiciones en el sitio web de MyChart en NOAHhelps.org/MyChart.

► _____ / _____ / _____
Firma del paciente (o persona autorizada) (requerida) **Relación con el paciente** **Fecha**

► _____
Nombre

Envíe los formularios completos a:

NOAH - Health Information Management

Por correo: 7500 N. Dreamy Draw Dr., Ste 145, Phoenix, AZ 85020

Por correo electrónico: noah.him@honorhealth.com

Por fax: 480-882-4594

❗ Puede entregar los formularios en cualquier oficina de expedientes médicos de NOAH dentro de cualquiera de nuestras clínicas.