

## Acceso de representante para adultos de MyChart

Para pacientes mayores de 18 años, los padres o tutores legales pueden solicitar acceso de representante para ver la cuenta de MyChart de su hijo completando este formulario de acceso de representante infantil. Los padres o tutores pueden completar este formulario para proporcionar autorización para la divulgación de información médica en el sitio web de NOAH en [www.noahhelps.org/MyChart](http://www.noahhelps.org/MyChart).

**¿Qué es el acceso proxy?** El acceso de representante permite que un padre, tutor legal o cuidador vincule la cuenta de MyChart del paciente/hijo a su propia cuenta de MyChart. Vincular la cuenta de MyChart del paciente/niño a la suya permitirá a los padres o tutores (apoderados) ver y administrar la información personal de salud del paciente.

Para los padres, tutores o niños que actualmente no tienen una cuenta de MyChart, al enviar este formulario, se creará automáticamente una cuenta de MyChart.

### Información de proxy: *(Todas las secciones requeridas – Por favor imprima claramente)*

Complete esta sección con información sobre la persona que tiene acceso de representante al registro MyChart del paciente adulto

Primer Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número Telefónico: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### Información para el paciente *(Todas las secciones son obligatorias, imprima claramente)*

Complete esta sección con información sobre el paciente.

Primer Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ El género:  Macho  La Mujer

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo este formulario de acceso de representante infantil y acepto los [términos y condiciones](#) de MyChart que se encuentran en [mychart.ochin.org/noahhelps](http://mychart.ochin.org/noahhelps).

<b>Firma de Proxy (Requerido)</b>	<b>Relación con el Paciente</b>	<b>Fecha</b>
<b>Firma del Padre o Persona Autorizada (Requerido)</b>	<b>Relación con el Paciente</b>	<b>Fecha</b>

Envíe los Formularios Completados a:  
**NOAH - Health Information Management**

**El Servicio Postal:**  
7500 N. Dreamy Draw Dr.  
Ste-145  
Phoenix, AZ 85020

**El correo electrónico:**  
[him@noahhelps.org](mailto:him@noahhelps.org)  
**Fax:**  
480-882-4594

**!** Los formularios también se pueden dejar en cualquier recepción del Centro de Salud NOAH.