



Neighborhood Outreach Access to Health

Acceso de Apoderado Infantil de MyChart

Para niños de hasta 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.

¿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 del padre/tutor *(Todas las secciones requeridas – Por favor imprima claramente)*

Primer Nombre y apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número Telefónico: _____ Correo Electrónico: _____

Le Informamos:

- Cuando un niño cumple 12 años, MyChart automáticamente dará a los padres/tutores legales acceso limitado a la cuenta de MyChart del niño.
- Una vez que un niño/adolescente cumple 18 años, los padres/tutores legales ya no tendrán acceso a la cuenta de MyChart del niño.
- De conformidad con la ley aplicable, cierta información de salud en el registro de salud del niño no puede ser divulgada.
- Si un niño está emancipado, deberá completar el formulario de Poder para adultos para otorgar a los padres/tutores legales acceso a su registro.
- Para solicitar una copia del registro de un niño/adolescente, comuníquese con el Departamento de Administración de Información de Salud (HIM) de NOAH al **480-882-4545 extensión 8**. Se requerirá autorización adicional.

Por favor, proporcione la siguiente información para cada niño *(Todos los campos son obligatorios. Si tiene más de tres hijos para los que desea acceso de apoderado, solicite otro formulario).*

Primer Nombre y apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Primer Nombre y apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Primer Nombre y apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____

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.noahhelps.org.

Firma del Padre o Persona Autorizada (Requerido)	Relación con el Paciente	Fecha

Nombre en Letra de Molde

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
Fax:
480-882-4594

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