

## 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](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 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 el niño *(Complete un formulario por separado para cada niño para el que desea acceso de apoderado).*

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](http://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](mailto:him@noahhelps.org)  
**Fax:**  
 480-882-4594

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