

Formulario de representación para niños

Completa el Formulario de representación para niños para registrarse y acceder al historial de MyChart de su hijo y envíelo a la dirección que figura a continuación. Tenga en cuenta que se accederá al historial de MyChart de su hijo a través de su historial de MyChart. Si no tiene acceso a MyChart, se le enviará una carta de activación a su dirección particular. Luego, tendrá que activar su cuenta para ver el historial de su hijo.

Envíe el formulario a la siguiente dirección: **Mary Greeley HIM Department, 1111 Duff Ave., Ames, IA 50010**, o envíelo por fax al: **(515) 239-2049**

Información del padre/tutor: (Se deben completar todas las secciones con letra de imprenta clara)

Nombre (apellido, nombre e inicial del segundo nombre) _____

Últimos 4 dígitos del nro. de Seguro Social _____ **Fecha de nacimiento** _____

Dirección _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código postal** _____

Dirección de correo electrónico _____ **Número de teléfono** _____

Cuando su hijo cumpla 12 años, usted ya no tendrá acceso al historial de MyChart de su hijo a través de este formulario.

Los niños de 12 a 17 años deben firmar un Formulario de representación para adolescentes y adultos para autorizar el acceso para representantes a MyChart.

Provea la siguiente información de cada hijo: (Se deben completar todos los campos. Si tiene más de cuatro hijos para los cuales desea un acceso para representantes, solicite otro formulario o imprima una copia en www.mamc.org.)

1 **Nombre** (apellido, nombre e inicial del segundo nombre) _____

Últimos 4 dígitos del nro. de Seguro Social _____ **Fecha de nacimiento** _____

Clínica de atención primaria _____

2 **Nombre** (apellido, nombre e inicial del segundo nombre) _____

Últimos 4 dígitos del nro. de Seguro Social _____ **Fecha de nacimiento** _____

Clínica de atención primaria _____

3 **Nombre** (apellido, nombre e inicial del segundo nombre) _____

Últimos 4 dígitos del nro. de Seguro Social _____ **Fecha de nacimiento** _____

Clínica de atención primaria _____

4 **Nombre** (apellido, nombre e inicial del segundo nombre) _____

Últimos 4 dígitos del nro. de Seguro Social _____ **Fecha de nacimiento** _____

Clínica de atención primaria _____

Términos y condiciones de MyChart

- Entiendo que MyChart y el acceso para representantes de MyChart es voluntario.
- Entiendo que MyChart contiene información médica seleccionada y limitada del historial médico electrónico del paciente. Entiendo que este formulario autoriza la divulgación de información solo a través de MyChart y no autoriza la divulgación del historial médico de mis hijos por otros métodos ni de otras formas.
- Entiendo que McFarland Clinic, P.C. y Mary Greeley Medical Center no condicionan ningún tratamiento de atención médica, pago u otros servicios míos o de mis hijos a si solicito esta autorización.
- Entiendo que ya no tendré acceso como representante de mi hijo una vez que cumpla 12 años y que mi hijo tendrá que completar un formulario de acceso para representantes a los 12 años para que yo siga teniendo acceso a su historial de MyChart.
- Con mi firma a continuación, reconozco que he leído y entiendo este Formulario de representación para niños de MyChart y acepto sus términos. También reconozco que tengo el derecho legal a la información médica de los niños mencionados anteriormente como padre o tutor.



Firma del representante (obligatorio)

Relación con el paciente

Fecha

