



CONSENT FORM • MYCHART FORMS

Medical Record Number

Patient Name

Addressograph Stamp

FORMULARIO PARA SOLICITAR EL ACCESO DE UN REPRESENTANTE A MYCHART - *Solicitud de acceso a expedientes médicos en línea*

Por el presente solicito a Lucile Packard Children's Hospital/Stanford Children's Health que facilite el acceso al siguiente representante, dentro de los límites establecidos por ley, a la información médica contenida en MyChart del paciente menor de edad nombrado más abajo.

Le rogamos tenga en cuenta las siguientes limitaciones de acceso a MyChart con respecto a la edad del paciente. Estas limitaciones de edad no afectan ningún derecho legal que usted tenga para acceder al expediente de su hijo por otros medios. Para solicitar una copia del expediente de su niño, comuníquese con el Departamento de expedientes médicos (*Medical Records*).

- Si su hijo tiene entre 0 -11 años: Se le otorgará a usted acceso total al expediente de su hijo en MyChart, lo que en sí constituye un subgrupo del expediente médico completo.
- Si su hijo tiene entre 12-17 años: Se le otorgará a usted acceso parcial al expediente su hijo en MyChart. (Por ejemplo: registro de vacunación, posibilidad de escribir o recibir mensajes.)
- Una vez que su hijo cumpla 18 años, usted ya no tendrá acceso al expediente de su hijo en MyChart.

Por favor, escriba claramente en letra de molde y rellene todas las secciones para agilizar el trámite.

SOLICITUD DE ACCESO A EXPEDIENTES MÉDICOS

Nombre del paciente: _____ Nombre _____ Apellido _____		Parentesco o relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Madre/Padre <input type="checkbox"/> Otro _____	¿Es usted el tutor legal*? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento _____	Número de expediente médico _____		

*Es posible que sea necesario presentar documentos legales: acta de nacimiento, documentos de adjudicación de custodia, papeles de adopción, etc.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Madre/padre o tutor)

Nombre del solicitante (su nombre): Nombre _____ Apellido _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____
Correo electrónico: _____
Firma: _____ Fecha: _____

Para activar en persona traiga este formulario a su próxima cita o a la gerencia de información médica (HIMS).

En persona o por correo postal: Stanford Children's Health | Health Information Management Services
4700 Bohannon Drive, MC 5200, Menlo Park CA 94025

ABIERTO lunes a viernes, 8:30am-3:00pm **CERRADO** los días festivos

Por correo electrónico: HIMS-mychart@stanfordchildrens.org

Si envía este formulario por correo postal o electrónico y su firma no figura en nuestros archivos para poder constatarla, tendrá que adjuntar a este formulario una copia de su identificación estatal, del permiso de manejar o del pasaporte, de modo que podamos proceder a la activación de su expediente en MyChart.

Cómo se le hará llegar el código de acceso: Su código de acceso se le enviará por correo postal. El trámite puede tardar hasta una semana. Nos disculpamos, pero este proceso no está a disposición de los pacientes que no se hayan registrado o inscrito en nuestra institución. Los pacientes que acudan por primera vez a nuestros centros podrán registrarse en su primera visita.

FACILITY USE ONLY

Date Received: _____ MyChart granted by: _____ Dept/Phone Number: _____

Form sent to HIMS department for processing

Access Denied letter mailed: _____