Stanford Children's Health | Lucile Packard Children's Hospital Stanford
Lucille Salter Packard Children's Hospital
STANFORD UNIVERSITY MEDICAL CENTER ● 725 Welch Road, Palo Alto, CA 94304

CONSENT • MYCHART TEEN ACCOUNT FORM /
SUSCRIPCIÓN DE MYCHART PARA ADOLESCENTES

Medical Record Number

Patient Name

Addressograph Stamp

Formulario de suscripción de *MyChart* para adolescentes
Padre o tutor que autoriza al adolescente a suscribirse a MyChart

Este formulario debe ser completado por uno de los padres o tutores de pacientes de edades comprendidas entre los 12 y los 17 años, en reconocimiento y aprobación de un mayor acceso del paciente a su información médica de manera electrónica mediante la plataforma *MyChart*.

Solicito que el paciente abajo nombrado reciba acceso a la información sobre su salud que esté disponible en la plataforma electrónica *MyChart* de Stanford Children's. Soy consciente de que Stanford Children's Health divulgará parte de la información médica presente en *MyChart* a esta cuenta. Entiendo que la información médica recogida en *MyChart* proviene del expediente médico electrónico y puede contener datos procedentes de todos los servicios y todas las instituciones mencionadas en la Notificación de prácticas de privacidad de Stanford Children's Health. Doy mi aprobación para que se le facilite a este paciente información que no sea de índole sensible y que proceda del expediente médico de Stanford Children's Health y Lucile Packard Children's Hospital Stanford recogido en *MyChart*.

Doy mi aprobación a la divulgación de esta información exclusivamente por medio de *MyChart*. Este formulario no permite la divulgación al paciente de datos del expediente médico por ningún otro medio ni de ninguna otra manera (por ejemplo: en papel o en CD/DVD/dispositivo de memoria externa).

Entiendo que una vez que la información haya sido divulgada por medio de *MyChart* al paciente, a éste le será posible divulgar o compartir a su vez la información de formas que pueden no estar protegidas por las leyes federales de confidencialidad.

La suscripción a *MyChart* es completamente voluntaria. Entiendo asimismo que el tratamiento médico o cualquier otro servicio dispensado por Stanford Children's no se verá afectado en modo alguno por mi decisión de otorgar o no otorgar el reconocimiento y la aprobación objetos de este documento.

Entiendo que mi reconocimiento y aprobación solo serán válidos hasta que el paciente cumpla dieciocho años, o bien hasta que yo le retire mi permiso para que acceda a la cuenta, notificándoselo de ser así por escrito a Stanford Children's Health.

Este formulario constituye su reconocimiento y aprobación para que Stanford Children's Health pueda divulgarle al paciente por medios electrónicos parte de su información. Le rogamos lo lea detenidamente.

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

Nombre del paciente (en letra de molde) _____ _____
(12-17años) Apellido Nombre

Número de expediente médico: _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono: (_____) _____

_____ _____
Firma de la madre o el padre (o representante autorizado, por ejemplo, tutor) adjuntando documentación — Fecha

FACILITY USE ONLY

Date Request Received: Patient Relationship Verified By: _____

Patient Access Approved ☐Yes ☐No Letter Sent: ☐Yes ☐No Date Sent: