



Mercyhealth™

A passion for
making lives better.™

Mercyhealth MyChart

Solicitud de representación de un menor (0-11 Años)

Para solicitar acceso a una cuenta de *Mercyhealth MyChart* de un menor de edad, por favor complete esta forma. **Por favor escriba claro.**

Regrese todas las formas al: MyChart Support Fax: 608-314-8722
1236 Barberry Dr.
Janesville WI 53546 Contact Support: 888-99MYCHART or 888-996-9242

Información del representante

Nombre del representante _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
(Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: ____

Email: _____ Número telefónico: _____

Relación con el paciente:

Padre/Madre Guardián legal ** Otro (especifique) _____

** Por favor provea una copia de los documentos legales verificando esta información si no está en los archivos todavía.

Información de menor:

Nombre _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
(Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)

Por favor tome nota de las limitaciones para este rango de edad para *Mercyhealth MyChart*.

- Cuando el menor tiene de 0-11, usted va a tener acceso garantizado a la cuenta de *Mercyhealth MyChart* de su hijo(a).
- Debido a leyes federales y estatales, cuando un menor alcanza la edad de 12 años, el acceso de usted a su cuenta de *Mercyhealth MyChart* va a volverse limitado. El acceso limitado va a incluir únicamente alergias e inmunizaciones en el historial. Para volver a obtener acceso total, usted y su hijo(a) deben completar la **Solicitud de Representación de un Menor (12-17 años) para Mercyhealth MyChart**.
- Una vez que su hijo(a) alcance la edad de 18, usted ya no va a tener acceso a su cuenta de *Mercyhealth MyChart*.

Términos y acuerdos de Mercyhealth MyChart

- ⌘ Yo entiendo que *Mercy MyChart* tiene la intención de ser un recurso protegido en línea con información médica incluyendo una cantidad limitada de información obtenida de mi historial médico electrónico y puede incluir información de todas las instalaciones de Mercy Health System. Esto puede incluir información acerca de mi salud mental, discapacidades de desarrollo, VIH/SIDA, tratamiento para el desorden de abuso de sustancias, pruebas y consejería genéticas, abuso/asalto sexual, abuso infantil, enfermedades de transmisión sexual, embarazo y métodos anticonceptivos.
- ⌘ Yo entiendo que si yo comparto mi Nombre de usuario y Contraseña para *Mercyhealth MyChart* con otra persona, esa persona puede ver mi información e información médica de alguien que me haya autorizado como su representante.
- ⌘ Yo acepto que es mi responsabilidad seleccionar una clave de acceso confidencial, mantener mi clave de acceso protegida de algún modo, y cambiar mi clave de acceso si yo creo que haya podido estar comprometida de algún modo.
- ⌘ Yo entiendo que el ingreso a *Mercy MyChart* es provisto como una comodidad para los pacientes y que el Mercy Health System tiene el derecho a negar el ingreso a *Mercy MyChart* en cualquier momento.
- ⌘ Yo comprendo que lo que ingrese al historial se puede volver parte del historial médico legal de mi hijo(a).
- ⌘ Yo entiendo que una vez que la información ha sido divulgada, puede ser potencialmente re-divulgada por el representante, y que la información divulgada puede no estar protegida por la protección federal a la privacidad.
- ⌘ Yo entiendo que designar a un representante para *Mercy MyChart* es voluntario. Yo no estoy obligado a designar a un representante para *Mercy MyChart* y yo no estoy obligado a entregar esta autorización. Yo también entiendo que el Mercy Health System no va a condicionar mi tratamiento médico, pagos, registro o elegibilidad para beneficios en el hecho de que yo entregue o no esta autorización.
- ⌘ Yo entiendo que mi revocación no va a afectar ninguna divulgación que se haya hecho antes de haber procesado la revocación.
- ⌘ To entiendo que los términos y condiciones adicionales correspondientes a mi uso de *Mercyhealth MyChart* están publicadas en el sitio y acepto cualquier término y condición actual y futura publicada en el sitio de *Mercyhealth MyChart*.
- ⌘ Yo entiendo que mi hijo(a) va a tener la opción de crear su propia cuenta de *Mercyhealth MyChart* una vez que el o ella alcance los 12 años. Si mi hijo(a) elige hacer esto, el o ella va a tener acceso total a su historial médico y el o ella va a tener la posibilidad de enviar mensajes privados a sus proveedores.

Al firmar abajo, yo reconozco que he leído y que comprendo esta forma y acepto sus términos. Yo también certifico que soy el padre o tutor legal de el menor nombrado en esta forma y que toda la información que he provisto es correcta.

→ _____
Firma del padre/Representante Legal Fecha (requerido)