



## FORMULARIO DE ACCESO A SOLUTIONHEALTH MYCHART PARA PADRES Y TUTORES

### 1. Información del paciente:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial intermedia

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de expediente médico: \_\_\_\_\_  
Calle y número Ciudad, Estado Código postal (Opcional)

### 2. Información del apoderado:

Nombre del apoderado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial intermedia

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Calle y número Ciudad, Estado Código postal

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿El apoderado tiene una cuenta activa de MyChart? Sí  No

¿El apoderado alguna vez ha sido paciente de SolutionHealth? Sí  No

De las casillas siguientes, marque la que mejor describa el acceso solicitado para el apoderado.

(Recuerde que para todos los tipos de acceso de un apoderado, el acceso al expediente del paciente se hará

a través de la cuenta del apoderado en el portal para pacientes). **PACIENTE ADULTO**

#### **Acceso a la cuenta de MyChart de otro adulto.**

**Tutor legal de un paciente adulto** (un adulto que ha sido nombrado tutor legal de otro adulto mediante una orden judicial).

- Si usted es el tutor legal de este paciente, esta solicitud DEBE ser acompañada por una copia de la orden judicial que lo nombra tutor y por cartas de tutela que confirmen que el apoderado es el tutor legal del paciente y tiene facultades para consultar su información médica.
- Su acceso a la cuenta de MyChart del paciente antes identificado deberá renovarse cada 365 días.
- Usted DEBE notificar al sistema de salud inmediatamente en caso de ocurrir cualquier cambio en sus facultades legales.

#### **PACIENTE MENOR DE EDAD**

#### **Acceso a la cuenta de MyChart de su hijo menor de edad.**

- Las personas que soliciten acceso deben tener patria potestad o derechos de tutela legal (no puede concederse acceso a MyChart a padres de acogida temporal).

#### **Mi relación con el menor de edad es:**

Padre/Madre  Tutor legal permanente del menor de edad.

- Si es el tutor legal de un menor de edad DEBE adjuntar una copia de la orden judicial que lo nombra tutor y por cartas de tutela que confirmen que el apoderado es el tutor legal permanente del paciente.

#### **SELECCIONE UNA OPCIÓN**

**Menor de 0 a 11 años de edad:** Usted recibirá acceso total al expediente del menor hasta que este cumpla 12 años de edad, momento en el que se cancelará su acceso, ya que de acuerdo con las leyes de NH los menores que tienen 12 años de edad o más pueden consentir a ciertos tratamientos clínicos sin el consentimiento de sus padres.

**Menor de 12 a 17 años de edad:** Usted recibirá acceso limitado al expediente del menor. Cuando el menor cumpla 18 años de edad, se cancelará el acceso.

**Padres o tutores legales de un menor:**

Al firmar lo siguiente usted reconoce y acepta que:

- Usaré mi propia cuenta de MyChart en SolutionHealth para obtener acceso a la cuenta de MyChart del menor de edad.
- Tengo la patria potestad o derechos de tutela legal para acceder al expediente de este menor de edad.
- No se me han denegado períodos de colocación física con el menor, ni existen órdenes judiciales u órdenes de restricción vigentes que limiten mi acceso al expediente médico o la información de este menor.
- Todos los documentos que he entregado para sustentar mi derecho a consultar la información médica protegida del paciente, de haberlos, son copias fieles y correctas y son los documentos más recientes relacionados con esta materia.
- Si soy el tutor legal, cuando mis facultades legales como tutor designado por el tribunal para actuar en nombre del paciente sean desactivadas, revocadas, canceladas o expiren, notificaré de inmediato por escrito a SolutionHealth del cambio en las facultades, y enviaré la notificación por correo al Departamento de Gestión de Información Médica correspondiente, como aparece abajo.
- Las comunicaciones enviadas en nombre del menor por medio de MyChart deben enviarse desde el expediente del menor, y las respuestas se recibirán en el expediente del menor. Se enviarán alertas por correo electrónico de MyChart a la dirección de correo electrónico provista en el espacio de información de padre/madre/tutor legal ("apoderado") en la parte superior de este documento.
- En el caso de un menor que tenga de 0 a 11 años de edad, recibiré acceso total al expediente de MyChart del menor. Cuando el menor cumpla 12 años de edad ya no tendré acceso al expediente de MyChart del menor, a menos que llene un nuevo formulario para obtener acceso limitado al expediente de MyChart del menor.
- Cumpliré los términos y condiciones de MyChart que aparecen en el sitio de internet del portal para pacientes.

**Tutores legales de pacientes adultos:**

Al firmar lo siguiente usted reconoce y acepta que:

- Todos los documentos que he entregado para sustentar mi derecho a consultar la información médica protegida del paciente, de haberlos, son copias fieles y correctas y son los documentos más recientes relacionados con esta materia.
- Cuando mis facultades legales para actuar en nombre del paciente sean desactivadas, revocadas, canceladas o expiren, notificaré de inmediato por escrito a SolutionHealth del cambio en las facultades, y enviaré la notificación por correo al Departamento de Gestión de Información Médica correspondiente, como aparece abajo.
- Las comunicaciones enviadas en nombre del paciente adulto por medio de MyChart deben enviarse desde el expediente del paciente adulto, y las respuestas se recibirán en el expediente del paciente adulto. Se enviarán alertas por correo electrónico de MyChart a la dirección de correo electrónico provista en el espacio de información de padre/madre/tutor legal ("apoderado") en la parte superior de este documento.
- Cumpliré los términos y condiciones de MyChart que aparecen en el sitio de internet del portal para pacientes.

**Firma:**

---

Firma del padre, la madre o el tutor legal (obligatoria)      Relación con el paciente (obligatoria)      Fecha (obligatoria)

**Departamentos de Registros Médicos:** Envíe el documento contestado al Departamento de Gestión de Información Médica abajo indicado.

**Elliot Health System**

Attention: Medical Records

One Elliot Way

Manchester, NH 03103

Teléfono: (603) 663-2341

Fax: (603) 663-1856

**Southern New Hampshire Health**

Attention: Medical Records

8 Prospect Street, P.O. Box 2014

Nashua, NH 03061

Teléfono: (603) 577-7500

Fax: (603) 577-5756