FORMULARIO DE REPRESENTACIÓN PARA MENORES

Completa la siguiente información para tener acceso a la cuenta de MyChart de un menor en Duly Health and Care (Duly). El acceso a la representación para personas menores de 17 años de edad solo se concederá a los padres o tutores; cada uno de los padres/el tutor debe completar un formulario por separado. **Tenga esto en cuenta**: se tendrá acceso a la información del menor por medio de la cuenta personal del representante designado en MyChart y el acceso se da automáticamente por terminado cuando el menor cumpla los 18 años de edad.

Por favor, envíe los formularios completados a mydmghealth@duly.com.

Información de los padres/del tutor (un formulario por cada uno de los padres/tutor)

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del 2.° nombre): _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Dirección física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Limitaciones por intervalo de edad

La información disponible para visualización dependerá de la edad del menor, de acuerdo con la ley estatal, según se describe abajo.

EDAD DEL MENOR	TIPO DE REPRESENTACION	TIPO DE ACCESO
0-11	Menor	Total
12-17	Menor	**Parcial** (citas y vacunas)
12-17	Completar adolescente formulario de apoderamiento, se requiere la firma del paciente/adolescente	**Total** (incluyendo informacion confidencial)

Información del menor

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del 2.° nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del 2.° nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del 2.° nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del 2.° nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____

Términos y acuerdo de MyChart

- El acceso a MyChart y al nombramiento de un representante se da como una conveniencia por parte de Duly y es completamente voluntario; Duly no condiciona la atención médica, el tratamiento ni el pago a su uso.
- Si revelo mi nombre de usuario y mi contraseña a otra persona, esa persona podría ver mi información médica, así como la información de aquellos a los que tengo acceso como representante.
- Es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantener mi contraseña de manera segura y cambiarla si creo que mi acceso puede haber sido de alguna manera vulnerado.
- MyChart contiene información limitada y no refleja el contenido completo del expediente médico del paciente.
- Puede hacerse un seguimiento de las actividades dentro de MyChart y estas pueden convertirse en parte del expediente médico.
- Duly tiene el derecho de desactivar mi acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier motivo.
- Duly y sus grupos médicos: DuPage Medical Group y The South Bend Clinic proporcionan conjuntamente MyChart para mejorar mi coordinación y acceso a tu cuidado de la salud.
- La información obtenida por medio de MyChart y nuevamente revelada por un representante designado posiblemente no esté cubierta por la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros de salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento al dar una solicitud por escrito, que dará por terminado mi acceso a la cuenta del menor. Las revocaciones no afectarán las revelaciones hechas antes de procesar la solicitud.
- Este formulario no autoriza la revelación de información médica a un representante designado por otros métodos o en otras formas.

Con mi firma abajo, acepto que he leído y que comprendo las declaraciones arriba indicadas.

_____/_____/_____

Firma del padre/madre o del tutor | Relación con el paciente | Fecha