



ACCESO A UN EXPEDIENTE MYCHART DE UC IRVINE HEALTH DE NIÑO, ADOLESCENTE O ADULTO (ACCESO DE APODERADO)

Para solicitar acceso a otro expediente del portal web para pacientes de MyChart, complete todas las páginas de este formulario de solicitud de acceso de apoderado y preséntelo al personal de registro de su clínica. El acceso al MyChart del niño, adolescente o adulto será a través de su cuenta MyChart. El portal web para pacientes de MyChart se encuentra en <https://my.ucirvinehealth.org/>

Seleccione una de las siguientes opciones de Acceso de apoderado y siga las instrucciones:

- Apoderado de niño** – Si el paciente es menor de edad entre 0 y 11 años, se le concederá acceso completo al expediente MyChart del paciente menor de edad hasta que el(la) niño(a) cumpla 12 años. Complete las secciones 1, 2 y 3 de este formulario
- Apoderado de adolescente** – Si el paciente es un menor entre las edades de 12 y 17 años, el acceso se limita al acceso de los padres para asegurar la privacidad de nuestros pacientes de acuerdo con la Ley de confidencialidad de información médica de California (CMIA). El acceso de apoderado al expediente del menor emancipado sigue los procedimientos de apoderado de adulto. NOTA: Las limitaciones establecidas para acceso de apoderado de MyChart no afectan ningún derecho legal que usted tenga para acceder a los expedientes del paciente por otros medios. Para solicitar una copia impresa de la historia clínica del paciente, comuníquese con Gestión de la información de salud al 714-456-5670. Complete las secciones 1, 2 y 3 de este formulario.
- Apoderado de adulto y apoderado de menor emancipado** – Si el paciente es un adulto mayor de 18 años, se requiere el consentimiento del paciente (o tutor legal autorizado) para acceder al expediente MyChart del paciente. Complete las secciones 1 y 4 de este formulario.

SECCIÓN 1

Información del apoderado: (Todos los puntos son obligatorios. Escriba en letra de imprenta clara.)

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre) _____

Número de seguro social (últimos 4 dígitos): _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Relación con el paciente: _____

SECCIÓN 2

Proporcione la siguiente información para cada niño(a). Todos los campos son obligatorios. Si tiene más de cuatro hijos para los que desea tener acceso de apoderado, imprima otro formulario.

	Nombre del/de la niño(a) (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	N. ° de Seguro social (SSN) Últimos 4 dígitos	Fecha de nacimiento
A			
B			
C			
D			

Clinic Use Only: Completed forms should be scanned into the patient's medical record and proxy access established once identity has been verified. Disregard scanning Page 3 if blank.





ACCESO A UN EXPEDIENTE MYCHART DE UC IRVINE HEALTH DE NIÑO, ADOLESCENTE O ADULTO (ACCESO DE APODERADO)

RECONOCIMIENTO POR PARTE DEL USUARIO DE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE USO DE MYCHART DE UC IRVINE HEALTH

Está solicitando acceso a MyUCIChart de UC Irvine Health (UCIH), que contiene la información de salud en línea para usted u otra persona. Al firmar abajo, declara que tiene el derecho legal de acceder a la información contenida en el expediente médico del paciente.

1. Si es uno de los padres u otro representante legalmente autorizado del paciente, certifica y representa que ningún tribunal ha terminado sus derechos parentales o legales con respecto al paciente o de otra manera restringido su acceso a la información del paciente.
2. Al usar MyChart de UC Irvine Health, afirma su aceptación de los Términos y Condiciones de MyChart de UC Irvine Health y acepta cumplir con ellos ahora y durante el período de uso de MyChart de UC Irvine Health. Si no está de acuerdo con los Términos y Condiciones, no proceda a utilizar MyChart de UC Irvine Health.
3. Los padres o tutores de niños de 0 a 11 años de edad deben completar el proceso de inscripción en persona. Los padres de nacimiento o adoptivos deben presentar una identificación con fotografía y firmar este formulario reconociendo que tienen derecho a la información de atención médica del niño. Si no es el padre de nacimiento o adoptivo del niño, debe presentar documentación legal (como una orden judicial o un poder notarial médico) que demuestre que es el cuidador legalmente reconocido del niño.
4. Acepta que es su responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantener su contraseña de forma segura y cambiarla si cree que puede haber sido comprometida de alguna manera.
5. Comprende que MyChart de UC Irvine Health contiene información médica seleccionada y limitada del expediente médico de un paciente y que MyChart de UC Irvine Health no refleja el contenido completo del expediente médico. Además, comprende que una copia impresa del expediente médico de un paciente puede ser solicitada al Departamento de Administración de Información de UC Irvine Health.
6. Comprende que sus actividades dentro de MyChart de UC Irvine Health pueden ser rastreadas por medio de una auditoría computarizada y que las entradas que realiza se convierten en parte del expediente médico legal del paciente.
7. Comprende que el acceso a MyChart de UC Irvine Health es proporcionado por UC Irvine Health como una conveniencia para sus pacientes y que UC Irvine Health tiene el derecho de desactivar el acceso a MyChart de UC Irvine Health en cualquier momento y por cualquier razón. Comprende que el uso de MyChart de UC Irvine Health es voluntario y no está obligado a usar MyChart de UC Irvine Health o a autorizar un apoderado de MyChart. UC Irvine Health se reserva el derecho de revocar el acceso en línea a MyChart en cualquier momento.
8. Al firmar abajo, reconoce que ha leído y comprendido este formulario de apoderado de MyChart de UC Irvine Health y que está de acuerdo con sus términos.

SECCIÓN 3

Firma del apoderado (Padre/Tutor): _____ Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Nombre en letra de imprenta del apoderado (Padre/Tutor): _____

Relación con el paciente: _____

Si se interpreta: _____ Date: _____ Time: _____ AM / PM

Teléfono Video Intérprete O N.º de Id.: _____ Idioma _____

Clinic Use Only: Completed forms should be scanned into the patient's medical record and proxy access established once identity has been verified. Disregard scanning Page 3 if blank.



ACCESO A UN EXPEDIENTE MYCHART DE UC IRVINE HEALTH DE NIÑO, ADOLESCENTE O ADULTO (ACCESO DE APODERADO)

SECCIÓN 4

Esta sección es una autorización que le permitirá a UC Irvine Health divulgar su información de salud a su apoderado adulto designado. Léala con detenimiento. Este formulario debe ser completado por el paciente que está autorizando a otro adulto a tener acceso a la información de salud en su expediente de MyUCIChart.

Información del apoderado: (Todos los puntos son obligatorios. Escriba en letra de imprenta clara.)

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre) _____

Número de seguro social (últimos 4 dígitos): _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Solicito que (inserte nombre del apoderado _____) reciba acceso a mi información de salud que está disponible en MyChart de UC Irvine Health. Esta persona es mi apoderado designado de MyChart. Autorizo a MyChart de UC Irvine Health a divulgar la información de salud contenida en mi expediente Mychart de UC Irvine Health a mi apoderado designado de MyChart. Entiendo que la información médica en mi cuenta de MyChart de UC Irvine Health se obtiene de mi expediente médico electrónico. Autorizo la divulgación de esta información solo a través de mi expediente MyChart de UC Irvine Health. Este formulario no autoriza la divulgación de mi expediente médico a mi apoderado designado por otros métodos o en otros formatos. Comprendo que una vez que la información haya sido divulgada, potencialmente puede ser divulgada de nuevo por el apoderado y la información divulgada puede no estar cubierta por las mismas protecciones de privacidad.

La participación en Mychart de UC Irvine Health y la designación de un apoderado de MyChart son completamente voluntarias. Comprendo que no estoy obligado a designar un apoderado de MyChart y no estoy obligado a proporcionar esta autorización. Además, comprendo que MyChart de UC Irvine Health no condiciona ningún tratamiento, pago u otros servicios de atención médica en el hecho de que proporcione esta autorización. Sin embargo, comprendo también que si no proporciono autorización, MyChart de UC Irvine Health no está autorizado a proporcionar acceso a mi apoderado designado a mi expediente MyChart de UC Irvine Health.

Esta autorización vencerá automáticamente cinco años después de la fecha de mi firma. Además, puedo cancelar esta autorización en cualquier momento en línea dentro de mi cuenta MyChart de UC Irvine Health o mediante una solicitud escrita de cancelación a mi clínica principal. Comprendo que si cancelo esta autorización, el acceso de mi apoderado designado a mi expediente MyChart de UC Irvine Health se terminará. Del mismo modo, comprendo que mi cancelación no afectará ninguna divulgación que se hizo antes de procesar la revocación antes de que mi solicitud de cancelación sea procesada.

Firma del apoderado (Padre/Tutor): _____ Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Nombre en letra de imprenta del apoderado (Padre/Tutor): _____

Si es una firma autorizada, Relación con el paciente: _____

Si se interpreta: _____ Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Teléfono Video Intérprete O N.º de Id.: _____ Idioma _____

NOTA: La autorización vence cinco años a partir de la fecha de la firma (arriba) a menos que el niño del apoderado alcance la edad de 12 años o al implementar una solicitud autorizada para revocar el acceso del apoderado. Este formulario de divulgación de información médica debe enviarse cada cinco años para renovar el acceso del apoderado. Además, puede desactivar el acceso del apoderado de adultos especificado anteriormente en cualquier momento a través de MyChart de UC Irvine Health o mediante solicitud por escrito a su clínica principal.

Clinic Use Only: Completed forms should be scanned into the patient's medical record and proxy access established once identity has been verified. Disregard scanning Page 3 if blank.