



Autorización para conceder acceso a la historia clínica de MyChart

Este documento se usa para inscribir pacientes menores de 18 años en MyChart. Este es un sitio web seguro que permite a los pacientes y sus padres o tutores legales acceder a determinadas secciones de su historia clínica y comunicarse con el médico. En el caso de niños menores de 12 años, se considera que los padres o el tutor legal del niño son sus representantes, y los padres o el tutor legal deben completar la sección para padres o tutores legales del documento. En el caso de adolescentes (de 12 a 17 años), el paciente adolescente debe completar el documento con su médico.

Tenga en cuenta que este documento no debe usarse para menores emancipados. A ellos se les concede acceso adulto a MyChart.

Paciente adolescente (de 12 a 17 años):

Entiendo que existe una historia clínica electrónica con información sobre mi atención médica y tratamiento en Hackensack Meridian Health (es decir, información de un paciente de entre 12 y 17 años). Soy consciente de que parte de la información médica de esta historia clínica se puede consultar desde un sitio web seguro llamado Hackensack Meridian MyChart. Entiendo que el acceso para un paciente adolescente como yo no incluirá acceso a información confidencial designada como tal por mi médico, que puede contener información relacionada con orientación sexual o identidad de género, embarazo, métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, como VIH o SIDA (el VIH es el virus de la inmunodeficiencia humana que produce el SIDA), atención de salud mental, tratamientos de adicciones y servicios genéticos.

- Quiero darles permiso a mis padres o tutores para que usen MyChart para consultar mi información médica, incluida la información sobre mi atención pasada, presente y futura, y los tratamientos en Hackensack Meridian Health y sus filiales, médicos y consultorios.
- Entiendo que, si bien se hará todo lo posible para bloquear el acceso a la información confidencial, existe un riesgo de que este documento de permiso permita a mis padres o tutores ver toda mi información de atención médica que se encuentra en MyChart, incluida información confidencial relacionada con **EMBARAZO, MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, como el VIH o el SIDA), SALUD MENTAL**, lo que incluye tratamiento de adicciones como al **ALCOHOL, USO O ABUSO DE DROGAS, TRASTORNOS ALIMENTARIOS, AFECCIONES GENÉTICAS, ORIENTACIÓN SEXUAL O IDENTIDAD DE GÉNERO**. Comprendo que, luego de que mis padres o tutores revisen mi información médica, esta podría divulgarse a otros y ya no estaría protegida por las leyes federales de privacidad.
- Entiendo que MyChart permite el envío de mensajes confidenciales. Puedo elegir enviar mensajes a mis proveedores de salud y seleccionar la opción que prohíbe que mis padres/tutores puedan ver los mensajes.
- Comprendo que no es necesario que firme este documento o que use MyChart para recibir tratamiento de Hackensack Meridian Health y sus médicos.
- Entiendo que puedo cancelar este acceso mediante mi cuenta de MyChart. Entiendo que Hackensack Meridian Health y mis médicos también pueden cancelar el acceso a MyChart (para pacientes o sus representantes) en cualquier momento y por cualquier motivo.
- Tuve la oportunidad de formular preguntas acerca de este documento de permiso. Todas las preguntas que tuve fueron respondidas. Si decido dar mi permiso ahora, puedo cambiar de opinión y cancelar este documento de permiso más adelante en cualquier momento.
- Entiendo que, cuando cumpla 18 años, esta autorización caducará y será necesario volver a realizarla.

Padre/madre/tutor legal:

- Si su hijo tiene de 0 a 11 años, se le dará acceso completo a usted sobre la historia clínica de su hijo en MyChart.
- Si su hijo tiene de 12 a 17 años, se le dará acceso parcial a usted sobre la historia clínica de su hijo en MyChart (por ejemplo, sobre vacunación y alergias) de forma automática. Cuando el médico de su hijo adolescente complete y procese este documento de consentimiento, usted obtendrá acceso a la historia de su hijo como ya se describió.
- Una vez que su hijo cumpla 18 años, usted ya no tendrá acceso alguno a la historia clínica de su hijo en MyChart.

Para solicitar una copia en papel de la historia clínica de su hijo, comuníquese con el Departamento de Información Médica en el hospital Hackensack Meridian Health.

¹En Nueva Jersey, un menor "emancipado" es una persona menor de 18 años, que: (a) está casado, (b) está embarazada, (c) pertenece al servicio militar de los EE. UU. o (d) fue declarado como emancipado por un juez o un organismo administrativo.



CO0025

10928 (12-21-21) PÁGINA 2 DE 2

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Información obligatoria

Información del PACIENTE (de 12 a 17 años)

(Todas las secciones son obligatorias; complete en letra clara de imprenta.)

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

(No es obligatorio para pacientes de 0 a 11 años, ya que solo sus representantes tienen acceso.)

Firma del padre, de la madre o del tutor legal: (Quien recibirá acceso a su MyChart)

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Términos y acuerdo de MyChart

- Entiendo que MyChart tiene como finalidad proveer acceso limitado a información médica confidencial. Si comparto mi ID y contraseña de MyChart o permito que se divulgue a otra persona, es posible que esa persona pueda ver mi información médica e información acerca de alguien que me haya autorizado como representante de MyChart y que pueda transmitir esa información a un tercero.
- Acepto que es mi responsabilidad elegir una contraseña confidencial, mantener esa contraseña de manera segura y cambiarla si considero que puede estar en riesgo de algún modo.
- He leído, entendido y aceptado los términos y condiciones en <http://mychart.hmhn.org>.

➡ **Firma del paciente (no es obligatoria para pacientes de 0 a 11 años, ya que solo sus representantes tendrán acceso)_ Fecha (obligatoria) Nombre, en letra de imprenta:** _____

➡ **Firma del padre, la madre o el tutor legal (obligatoria) _____ Fecha (obligatoria) _____**
Nombre, en letra de imprenta: _____

➡ **Firma del proveedor (obligatoria para pacientes de 12 a 17 años) _____ Fecha (obligatoria) _____**
Nombre, en letra de imprenta: _____

¹En Nueva Jersey, un menor "emancipado" es una persona menor de 18 años, que: (a) está casado, (b) está embarazada, (c) pertenece al servicio militar de los EE. UU. o (d) fue declarado como emancipado por un juez o un organismo administrativo.