

Enviar por e-mail a: mycharthelp@Wellstar.org O por Fax a: 770-999-2306

Si necesita asistencia llame a soporte técnico al 470-644-0419

### Acceso al registro MyChart de su hijo:

Para inscribirse para tener acceso al registro MyChart de su hijo, complete ambas páginas de este formulario de representante para niños y regrese a la dirección que se muestra a continuación. Tenga en cuenta que se accederá la historia clínica de su hijo a través de su registro de MyChart. Al completar este formulario establecerá un registro de MyChart para usted y su hijo.

**Información del padre/tutor** (todas las secciones son obligatorias a menos que se indique lo contrario; escriba claramente):

Nombre del padre (Apellido, primer nombre, inicial segundo nombre): \_\_\_\_\_  
Número de seguro social (opcional): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal : \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Médico de cabecera (primario): \_\_\_\_\_

Tenga en cuenta las siguientes limitaciones de rango de edad para MyChart. Estas limitaciones de rango de edad no afectan ningún derecho legal que usted tenga para acceder al registro de su hijo por otros medios. Para solicitar una copia en papel del registro de su hijo, comuníquese con el proveedor de atención primaria de su hijo.

- Si su hijo tiene entre **0 y 11 años**: se le otorgará acceso completo al registro MyChart de su hijo.
- Si su hijo tiene entre **12 y 17 años**: se le otorgará acceso parcial al registro MyChart de su hijo (por ejemplo, programación de citas, vacunas).
- Cuando su hijo cumpla **18 años**: ya no tendrá acceso al registro MyChart de su hijo.

**Proporcione la siguiente información para cada niño.** Todos los campos son obligatorios a menos que se indique lo contrario. Si tiene más de 4 hijos para quienes desea tener acceso por poder, solicite otro formulario al médico de su hijo o haga una copia de este formulario.

1. Nombre del niño (Apellido, primer nombre, inicial segundo nombre): \_\_\_\_\_  
NSS (opcional): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Médico primario: \_\_\_\_\_
2. Nombre del niño (Apellido, primer nombre, inicial segundo nombre): \_\_\_\_\_  
NSS (opcional): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Médico primario: \_\_\_\_\_
3. Nombre del niño (Apellido, primer nombre, inicial segundo nombre): \_\_\_\_\_  
NSS (opcional): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Médico primario: \_\_\_\_\_
4. Nombre del niño (Apellido, primer nombre, inicial segundo nombre): \_\_\_\_\_  
NSS (opcional): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Médico primario: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR FIRME LA PÁGINA 2 DE ESTE FORMULARIO**



### Términos y condiciones de MyChart

Entiendo que MyChart pretende ser una fuente segura de información médica confidencial en línea. Si comparto mi identificación y contraseña de MyChart con otra persona, esa persona podrá ver mi información de salud o la de mi hijo e información sobre alguien que me haya autorizado como representante de MyChart.

Estoy de acuerdo con que es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantener mi contraseña de manera segura y cambiar mi contraseña si creo que puede haber sido comprometida de alguna manera.

Entiendo que MyChart contiene información médica limitada y seleccionada de los registros médicos de un paciente y que MyChart no refleja el contenido completo del registro médico. También entiendo que se puede solicitar una copia en papel del historial médico de un paciente al Departamento de Divulgación de Información de Wellstar al 770-810-8880.

Entiendo que mis actividades dentro de MyChart pueden ser rastreadas por una auditoría de computadora y que las entradas que hago pueden formar parte del registro médico.

Entiendo que Wellstar Health System proporciona acceso a MyChart como una conveniencia para sus pacientes y que Wellstar Health System tiene el derecho de desactivar el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier motivo.

Entiendo que el uso de MyChart es voluntario y no estoy obligado a usar MyChart ni a autorizar un delegado de MyChart.

Reconozco que he leído y acepto estos términos y condiciones.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del padre/ persona autorizada      Relación con el paciente      Fecha

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del padre/ persona autorizada      Relación con el paciente      Fecha