

**Acceso al Expediente MyChart de su Hijo**

Para registrarse para obtener acceso al expediente de su hijo MyChart, complete ambas páginas de este Formulario para Representante de Niños y devuélvalo a la dirección indicada abajo. Tenga en cuenta que podrá acceder a la tabla de su hijo a través de su expediente MyChart. Al completar el presente formulario establecerá un expediente MyChart para usted y para su hijo.

Por favor, devuelva los formularios a:

Health Information Management Services  
Texas Health Resources  
500 E. Border St – Suite 700  
Arlington, TX 76010  
[HIMSROI@texashealth.org](mailto:HIMSROI@texashealth.org)  
o por fax al: 682-236-7126

**Información de la madre o tutor:** (Todos los campos son **obligatorios**, excepto como sea especificado– escriba claramente en letra de imprenta.)

Nombre (*apellido, nombre, inicial del 2do nombre*)/Name (last, first, middle initial) \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento/DOB: \_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico/Email Address: \_\_\_\_\_  
Dirección/Street Address: \_\_\_\_\_  
Ciudad/City: \_\_\_\_\_ Estado/State: \_\_\_\_\_ Código postal/Zip: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono/Phone Number: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social (*los últimos 4 dígitos*)/ Social Security Number (*last 4 digits*) XXX-XX- \_\_\_\_\_  
Clínica primaria (opcional): \_\_\_\_\_

**Información del padre o tutor:** (Todos los campos son **obligatorios**, excepto como sea especificado– escriba claramente en letra de imprenta.)

Nombre (*apellido, nombre, inicial del 2do nombre*)/Name (last, first, middle initial) \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento/DOB: \_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico/Email Address: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono/Phone Number: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social (*los últimos 4 dígitos*)/ Social Security Number (*last 4 digits*) XXX-XX- \_\_\_\_\_  
Clínica primaria (opcional): \_\_\_\_\_

**Marque la casilla si la dirección es la misma que la mencionada anteriormente/**

*Check box when address is the same as above.*

Dirección/Street Address: \_\_\_\_\_  
Ciudad/City: \_\_\_\_\_ Estado/State: \_\_\_\_\_ Código postal/Zip: \_\_\_\_\_

Tenga en cuenta las siguientes limitaciones de rango de edad para MyChart. Estas limitaciones de rango de edad no afectan ninguno de sus derechos legales para acceder al expediente de su hijo por otros medios. Para solicitar una copia del expediente de su hijo, póngase en contacto con la clínica de atención primaria de su hijo.

- Si su hijo tiene entre **0 y 15 años**: Se le concederá acceso completo al expediente MyChart de su hijo.
- Si su hijo tiene entre **15 y 17 años**: Se le concederá acceso limitado al expediente MyChart de su hijo.
- Cuando su hijo cumpla **18 años de edad**, usted ya no tendrá acceso al expediente MyChart de su hijo.

**Por favor proporcione la siguiente información para cada niño:** (Todos los campos son **obligatorios**. Si tiene más de cuatro niños para los cuales le gustaría tener acceso a un representante, por favor solicite otro formulario). **\*\*Tenga en cuenta que los niños deben ser pacientes anteriores de un hospital o una clínica de Texas Health Resources antes de que el acceso a un representante sea configurado.**

- A. Nombre (apellido, nombre, inicial del 2do nombre)/Name (last, first, middle initial): \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento/DOB: \_\_\_\_\_  
 Clínica primaria (opcional)/Primary Clinic (Optional): \_\_\_\_\_
- B. Nombre (apellido, nombre, inicial del 2do nombre)/Name (last, first, middle initial): \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento/DOB: \_\_\_\_\_  
 Clínica primaria (opcional)/Primary Clinic (Optional): \_\_\_\_\_
- C. Nombre (apellido, nombre, inicial del 2do nombre)/Name (last, first, middle initial): \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento/DOB: \_\_\_\_\_  
 Clínica primaria (opcional)/Primary Clinic (Optional): \_\_\_\_\_
- D. Nombre (apellido, nombre, inicial del 2do nombre)/Name (last, first, middle initial): \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento/DOB: \_\_\_\_\_  
 Clínica primaria (opcional)/Primary Clinic (Optional): \_\_\_\_\_

## Términos y Acuerdo de MyChart

- Entiendo que MyChart tiene como objetivo servir como una fuente en línea segura de información médica confidencial. Mi identificación y contraseña de MyChart no se pueden compartir con nadie porque esa persona será capaz de ver mi información de salud o la de mi hijo. Esta acción puede resultar en la revocación del acceso a mis expedientes MyChart y a los de mi hijo.
- Estoy de acuerdo que es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantener mi contraseña de forma segura y cambiar mi contraseña si creo que se pudo haber comprometido su confidencialidad de alguna manera.
- Tengo entendido que MyChart contiene información médica específica y limitada del expediente médico de un paciente y que MyChart no refleja el contenido completo del expediente médico. También entiendo que es posible solicitar una copia del expediente médico del paciente en la clínica del paciente.
- Entiendo que mis actividades dentro de MyChart pueden ser rastreadas por auditoría informática y que las entradas que yo haga pueden formar parte del expediente médico.
- Tengo entendido que Texas Health Resources proporciona el acceso a MyChart como una comodidad para sus pacientes y que Texas Health Resources tiene el derecho a desactivar el acceso a MyChart en cualquier momento por cualquier razón. Entiendo que el uso de MyChart es voluntario y que no estoy obligado a usar MyChart ni autorizar a un representante en MyChart.
- Al firmar abajo, reconozco que he leído y entendido este Formulario de Registro de MyChart y que estoy de acuerdo con sus términos.

*Marque con un círculo una de las opciones/Please Circle One*

**Madre/Mother Tutor/Guardian**

Firma de la madre o tutor/Signature of Mother or Guardian      Parentesco con el paciente/Relationship to Patient      Fecha (Obligatorio)/Date (Required)  
 (Obligatorio) (Required)      (Obligatorio)(Required)

*Marque con un círculo una de las opciones/Please Circle One*

**Padre/Father Tutor/Guardian**

Firma de el padre o tutor/Signature of Father or Guardian      Parentesco con el paciente/Relationship to Patient      Fecha (Obligatorio)/Date (Required)  
 (Obligatorio) (Required)      (Obligatorio)(Required)