



### Acceso al expediente MyChart de otro paciente o de un menor (acceso como apoderado)

Sírvase completar este formulario para solicitar acceso al expediente MyChart de otro paciente. Tenga en cuenta que el expediente médico del paciente se accederá a través de su expediente MyChart.

Sírvase completar y devolver el formulario a su clínica para establecer la delegación de poder; también puede enviarlo por fax al: 612.873.1518, o por correo a:  
Hennepin County Medical Center Attn: HIM Department  
701 Park Ave MC: Shapiro 7  
Minneapolis, MN 55415  
You can also scan and e-mail to: mychartsupport@hcmcd.org

For Clinic Use Only: Place Patient Label Here – Send to HIM to be Scanned

Was Proxy Access set-up in Epic during the patient visit?

**Información del solicitante (apoderado):** (Todos los campos **EN NEGRITA** son obligatorios – escriba claramente con letra de imprenta.)

Esta sección la debe completar la persona que solicita acceso al expediente MyChart de otros pacientes, y debe tratarse sobre la misma.

**Nombre (apellido, primer nombre, inicial)** \_\_\_\_\_  
**Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_  
**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** \_\_\_\_\_  
**Clínica de atención primaria:** \_\_\_\_\_ **Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

Tenga en cuenta las siguientes limitaciones en el rango de edad para MyChart. Estas limitaciones en el rango de edad no afectan su derecho legal para acceder al expediente del paciente por otros medios. Para solicitar una copia impresa del expediente del paciente, comuníquese con Health Information Management (Administración de Información de Salud), al 612-873-3197.

- Si el paciente es un menor **entre 0 y 11 años de edad**, se le concederá acceso completo al expediente MyChart del paciente.
- Si el paciente es un menor **entre 12 y 18 años**, de conformidad con la ley de Minnesota, se le concederá acceso parental al expediente MyChart del paciente. (Por ejemplo, programación de citas médicas o vacunas)
- Una vez que el paciente cumple los 18 años de edad, los padres o tutores legales no tendrán acceso al expediente MyChart del paciente, a menos que el paciente lo autorice.

Por favor, sírvase llenar la siguiente información el paciente

**Información del paciente** (Todos los campos **EN NEGRITA** son obligatorios – escriba claramente con letra de imprenta.)

**Nombre (apellido, primer nombre, inicial)** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
**Clínica de atención primaria:** \_\_\_\_\_ **Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_

### Términos y condiciones de MyChart

- Sé que MyChart es un lugar en línea seguro para guardar información médica confidencial. Si comparto mi identificación y contraseña de MyChart con otra persona, esa persona puede mirar mi información de salud, la información de salud de mi hijo y la información de salud de quien me haya autorizado a ser su apoderado de MyChart.
- Estoy de acuerdo que es mi responsabilidad seleccionar una contraseña segura y no compartir mi contraseña con otras personas; también comprendo que debo cambiar mi contraseña si considero que alguien más puede conocerla.
- Sé que MyChart contiene cierta información médica del historial médico de un paciente y que MyChart no tiene el contenido total del historial médico. También comprendo que se puede solicitar una copia impresa del expediente médico de un paciente a la Administración de Información de Salud, completando una solicitud para divulgar información. Puedo obtener una copia del formulario en línea, llamando al (612)873-3179 para solicitarlo, o si voy a la Administración de Información de Salud del HCMC y recojo allí el formulario.
- Sé que mis actividades dentro de MyChart pueden ser investigadas con una auditoría informática y que las entradas que yo haga se convertirán en parte del historial médico.
- Sé que el acceso a MyChart es ofrecido por HCMC como algo beneficioso para sus pacientes y que HCMC tiene el derecho de cancelar el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier razón.
- Al firmar a continuación, declaro que he leído este formulario de inscripción MyChart y que conozco y estoy de acuerdo con sus términos.
- He presentado documentación legal que me autoriza a tener acceso al expediente MyChart de estos pacientes.

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre o tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha (Obligatorio)**

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente (o persona autorizada)**  
(Obligatorio para pacientes mayores de 12 años)

\_\_\_\_\_  
**Fecha (Obligatorio)**



Apoderado de My Chart

*MyChart es una marca registrada de Epic Corporation*