



Teen Consent for Proxy access to MyChart

Consentimiento de adolescente para el acceso de su apoderado (Proxy) a MyChart

Usted le otorga a su padre/tutor acceso a su registro médico electrónico de MyChart. Una persona a la que se le concede acceso al registro médico de otro individuo se llama "Apoderado". Para establecer el acceso de un apoderado, tanto el apoderado como el paciente deben firmar este formulario.

Si usted firma este formulario, está aceptando que su(s) padre(s) o tutor(es) pueda(n) ver su registro médico electrónico a través de MyChart. También se le dará acceso a su cuenta de MyChart.

Este formulario debe ser completado por el paciente, el padre/tutor y el médico durante la visita clínica:

Entiendo que existe un registro médico electrónico con información sobre mi atención médica y tratamiento en Garnet Health y de los médicos que trabajan con Garnet Health. Soy consciente de que parte de mi información médica de este registro puede ser consultada a través de un sitio web seguro llamado MyChart.

- Quiero dar permiso a mi(s) padre(s) o tutor(es) para que usen MyChart para ver mi registro médico, incluyendo información sobre mi atención y tratamiento pasado, actual y futuro en Garnet Health y sus médicos afiliados.
- Comprendo que este formulario de permiso puede permitir a mi(s) padre(s)/tutor(es) ver toda la información sobre mi atención médica que se encuentra en MyChart, incluida la información relacionada con el EMBARAZO o el USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS) (y otra ATENCIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA), TRATAMIENTO DE ABUSO DE ALCOHOL O DROGAS, PRUEBAS GENÉTICAS, ATENCIÓN DE SALUD MENTAL y/o VIH o SIDA (VIH es la abreviatura de Virus de Inmunodeficiencia Humana, el virus que causa el SIDA). Comprendo que después de que mi padre/tutor revise esta información, podría ser revelada a otros y ya no estaría protegida por las regulaciones federales de privacidad.
- Comprendo que MyChart permite enviar mensajes confidenciales. Puedo elegir enviar mensajes a mis médicos y seleccionar la opción que prohíbe que mi(s) padre(s)/tutor(es) tengan la capacidad de ver los mensajes.
- Comprendo que no tengo que firmar este formulario ni usar MyChart, y que puedo seguir recibiendo tratamiento de Garnet Health y sus médicos afiliados.
- Comprendo que este permiso no expirará a menos que solicite su revocación a través de mi cuenta de MyChart. Comprendo que Garnet Health y mis médicos pueden revocar mi acceso o el de mi apoderado a MyChart en cualquier momento y por cualquier motivo.
- Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre este formulario de permiso. Todas mis preguntas fueron respondidas. Si decido dar mi permiso ahora, puedo cambiar de opinión y cancelar este formulario de permiso más tarde en cualquier momento.
- Comprendo que MyChart está destinado a proporcionar un acceso limitado a la información confidencial. Si comparto o permito que mi ID y contraseña de MyChart sean revelados a otra persona, esa persona podría ver mi información de salud, (e información sobre alguien que me haya autorizado como apoderado de MyChart) y transmitirla a otra persona.
- Comprendo 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.
- Comprendo que MyChart contiene información médica seleccionada y limitada del registro médico del paciente y que MyChart no refleja el contenido completo del registro médico. También comprendo que puedo solicitar una copia escrita de mi registro médico al Departamento de Información de Salud (Health Information Department) de Garnet Health Medical Center al 845-333-1600 o al de Garnet Health Medical Center - Catskills 845-333-8600.



Teen Consent for Proxy access to MyChart

Consentimiento de adolescente para el acceso de su apoderado (Proxy) a MyChart

Asegúrese de haber leído la información proporcionada en la página 1 antes de firmar este formulario

Información del PACIENTE: (todas las secciones son obligatorias - escriba claramente con letra de imprenta)

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Dirección de correo electrónico: _____ No. de teléfono # _____

Información del/los padre(s)/tutor(es) que tendrán acceso a su MyChart):

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Correo electrónico: _____ No. de teléfono # _____

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Correo electrónico: _____ No. de teléfono # _____

He leído, comprendo y estoy de acuerdo con los términos y condiciones indicados anteriormente, así como con los términos y condiciones incluidos en la página web utilizada para acceder a MyChart - <https://mychart.garnethealth.org>

➤ _____ / _____
 Firma del paciente (obligatoria) Fecha (obligatoria)

➤ _____ / _____
 Firma del apoderado (obligatoria) Fecha (obligatoria)

➤ _____ / _____
 Firma del apoderado (obligatoria) Fecha (obligatoria)

*Por favor, tenga en cuenta que este formulario **no debe** utilizarse en el caso de un menor emancipado (un menor emancipado debe utilizar el Formulario de Apoderado de Adulto).

*Para solicitar una copia en papel del expediente de su hijo, póngase en contacto con el Departamento de Información de Salud (Health Information Department) de Garnet Health. A continuación se indican las siguientes limitaciones de rango de edad para MyChart.

- Si su hijo(a) tiene entre 0 y 11 años, se le concederá acceso completo al expediente de su hijo en MyChart.
- Si su hijo(a) tiene entre 12 y 17 años, se le concederá automáticamente acceso parcial al registro de MyChart de su hijo(a) (por ejemplo, vacunas y alergias). Cuando el médico de su hijo(a) adolescente complete y tramite un formulario de consentimiento de apoderado de adolescente, se le concederá acceso total.
- Una vez que su hijo(a) cumpla los 18 años, usted dejará de tener acceso al expediente MyChart de su hijo(a).

Return all forms to:

☐ Garnet Health Medical Center
 Health Information Management
 707 East Main Street
 Middletown, NY 10940
 Phone: 845-333-1600
 Fax: 845-333-1573
 Email: HIM@garnethealth.org

☐ Garnet Health Medical Center-Catskills
 Health Information Management
 68 Harris Bushville Road
 Harris, NY 12742
 Phone: 845-333-8600
 Fax: 845-333-6987
 Email: HIM-Catskill@garnethealth.org

☐ Garnet Health Doctors
 Health Information Management
 Middletown
 T: 845-333-7575; F: 845-333-7139
 Email: HIM@garnethealth.org
☐ Catskill
 T: 845-333-8600 F: 845-333-6987
 Email: HIM-Catskill@garnethealth.org

