



# Formulario para el apoderado de la cuenta MyChart de un menor de edad o adulto incapaz

## Acceso al expediente MyChart de un menor de edad o adulto incapaz

Para solicitar acceso al expediente MyChart de un paciente menor de edad (menor de 18 años) o un paciente adulto incapaz, debe completar este formulario. El representante legal del paciente (p. ej., padres en el caso de los menores; tutor o representante personal, etc.) debe firmar este formulario. Recuerde que se accederá al registro del paciente menor de edad o del paciente adulto incapaz por medio de la cuenta MyChart del apoderado (representante legal). Al completar este formulario, usted, como representante legal, creará una cuenta MyChart para usted como apoderado y para el paciente menor de edad o el paciente adulto incapaz en caso de que aún no se haya creado una cuenta MyChart.

**Información del apoderado** (todos los campos son obligatorios; escriba con claridad en letra de imprenta) Esta sección debe completarla el **representante legal que solicita acceso** al expediente MyChart del menor o del adulto incapaz.

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de Seguro social (últimos cuatro dígitos solamente) \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono particular \_\_\_\_\_ Número de teléfono celular \_\_\_\_\_

## Información del paciente

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de Seguro social (últimos cuatro dígitos solamente) \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono particular \_\_\_\_\_ Número de teléfono celular \_\_\_\_\_

Comprendo que Baylor College of Medicine (BCM) proporciona el acceso a MyChart para comodidad de sus pacientes y que BCM tiene derecho a desactivar el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier motivo.

Comprendo que recibiré una identificación de acceso (nombre de usuario y contraseña) distinta para la cuenta MyChart del paciente y acepto no compartirla con ninguna otra persona. Acepto que es mi responsabilidad elegir una contraseña confidencial, guardar la contraseña de manera segura y cambiar la contraseña si considero que esta podría haber sido comprometida de algún modo. Si comparto el nombre de usuario y la contraseña de MyChart con otra persona, esa persona podrá ver la información de salud del paciente y eso resultará en la revocación de mi acceso como apoderado a la cuenta MyChart del paciente.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Comprendo que MyChart tiene el propósito de usarse como una fuente segura en línea de información médica y de facturación confidencial. Comprendo que MyChart contiene información médica selecta y restringida, y que no incluye el expediente médico completo.

Si la relación como representante legal del paciente se modifica, debe informarse al BCM de inmediato mediante el envío de una notificación escrita a su proveedor de atención médica del BCM. Si soy padre de un paciente menor de edad, comprendo que mi acceso como apoderado se desactivará una vez que el paciente menor cumpla los dieciocho (18) años. Comprendo también que la información en el sitio web de MyChart puede limitarse sustancialmente a pedido del paciente menor de edad que tenga entre 13 y 17 años.

Comprendo que el acceso a la cuenta MyChart del paciente terminará con la muerte del paciente de acuerdo con las leyes federales y estatales.

Acepto que he leído y comprendido este formulario de registro de MyChart. Acepto los términos y elijo designarme como apoderado para MyChart del paciente mencionado anteriormente, y por consiguiente permito el acceso al expediente médico MyChart del paciente.

- Fui atendido como paciente en un Centro de Baylor St. Luke's.
- Ya dispongo de una cuenta MyChart creada en BCM.

Fecha \_\_\_\_\_

*Firma del representante legal del paciente*

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Indique cuál de los siguientes documentos válidos le confiere autoridad para firmar como representante legal del paciente. En caso de que todavía no se haya presentado, se deberá escanear una copia del documento seleccionado para adjuntar al registro del paciente:

- Licencia de conducir de \_\_\_\_\_
- Certificado de nacimiento de \_\_\_\_\_
- Pasaporte de los EE. UU. de \_\_\_\_\_
- Visa y pasaporte extranjero de \_\_\_\_\_
- Orden judicial, con fecha \_\_\_\_\_
- Poder u otro documento legal que demuestre la condición de representante legal

Una vez completo el formulario, devuélvalo junto con una copia de su documento válido a la recepción. De lo contrario, devuelva el formulario por uno de los siguientes medios:

Correo electrónico [mychart@bcm.edu](mailto:mychart@bcm.edu)  
Fax 713-798-3477  
Correo postal Baylor College of Medicine  
c/o Release of Information  
Patient Resource Center  
Two Greenway Plaza Suite 900  
Houston, TX 77046

Para los formularios devueltos en un consultorio o por correo electrónico, llevará tres días establecer la relación de apoderado para MyChart. Las solicitudes presentadas por fax o por correo postal pueden tardar hasta 21 días para completarse. Si el apoderado aún no dispone de una cuenta MyChart, se le enviarán instrucciones por correo electrónico a la dirección provista.