

Formulario de Autorización de poder de UBCP MyChart  
Otorgar acceso deapoderado al padre / tutor en nombre  
de un ADOLESCENTE (de 12 a 17 años)

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ NUMERO DE CELULAR DEL PACIENTE# \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE MÉDICO DEL PACIENTE# \_\_\_\_\_

Recordatorio importante UBCP MyChart muestra cierta información de la salud de los registros médicos, pero no muestra toda la información médica en sus registros médicos.

Padre/ tutor legal del paciente: Este formulario de autorización se utiliza para establecer cuentas UBCP MyChart para ambos el padre / tutor legal y el paciente adolescente. Este formulario de autorización sirve como reconocimiento y permiso para que mi adolescente tenga una cuenta UBCP MyChart. Documentos legales que establecen al padre o tutor se puede solicitar relación. También se puede solicitar una renovación de esta autorización. Caducidad del acceso de proxy ocurre automáticamente en el cumpleaños número 18 del paciente.

ACUERDO

Los Términos y condiciones de UCSF Benioff Children's Physicians (UCBP) para UBCP MyChart, y el proxy / descargo de responsabilidad de UBCP MyChart para acceder a My Family's Record en la sección UBCP MyChart controlan este acuerdo entre el padre/ tutor legal del paciente y UBCP. Consulte estos documentos cuando se registre en línea.

TUS DERECHOS

Esta autorización para divulgar información médica es voluntaria. Puede revocar el acceso de proxy en cualquier momento. Para revocación, comuníquese con el consultorio del paciente. La Revocación entrará en vigencia dentro de los 2 días hábiles posteriores a la notificación de su solicitud, excepto en la medida en que UBCP u otros ya se hayan basado en ella.

REVOCAION/EXPIRACION DE AUTORIZACION

A menos que se revoque o termine por revocación, la autorización para el acceso de proxy de UBCP MyChart no expirará a menos que cambie la relación entre el tutor legal y el paciente.

Escriba en letra impresa el nombre del padre / tutor legal: \_\_\_\_\_

Si el padre/ tutor legal es un paciente de UBCP:

MRN: \_ \_ \_ \_ \_

Si el padre/tutor legal NO es paciente de UBCP:

El Numero social#: \_ \_ - \_ - \_ \_ \_

Sexo: Masculino \_\_ Femenino \_\_

Fecha de Nacimiento: / /

Numero preferido # \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

Doy fe de que la información anterior es verdadera y correcta.

Firma del padre / tutor legal del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: / /

Representante de practica que presencio este poder:

\_\_\_\_\_ (Imprimir nombre)

\_\_\_\_\_ (Firma)

Fecha: / /

## UBCP MyChart

Apoderado del padre / tutor legal - ADOLESCENTE (de 12 a 17 años de edad)

Estimado padre / tutor legal,

Gracias por firmar el formulario de autorización de proxy MyChart de UBCP. Este es el primer paso para permitirle ver parte de la información de salud de su adolescente en línea a través del portal para pacientes UBCP MyChart.

El portal del paciente UBCP MyChart se le ofrece de forma gratuita como un recurso en línea para las necesidades de atención médica de rutina. Para pacientes de 12 a 17 años, UBCP requiere la aprobación firmada del padre o tutor para que el padre / tutor pueda ver parte de la información de salud del niño en MyChart. Los apoderados tendrían acceso a los resultados de las pruebas, las alergias y las vacunas de los adolescentes; pueden enviar mensajes a los proveedores de servicios de sus adolescentes y solicitar citas en nombre de su adolescente. Los padres / tutores no tendrán acceso a información relacionada con servicios sensibles, como la salud reproductiva (es decir, pruebas de embarazo, anticoncepción, pruebas y tratamiento para enfermedades de transmisión sexual) y ciertos tratamientos y exámenes de detección de uso de sustancias y salud mental. Debido a que ciertas secciones pueden contener información confidencial, el acceso del proxy de los padres estará limitado de la siguiente manera

Content	Adolescente (12-17 yrs)	Apoderado de los padres ( $\geq 12$ yrs)	Apoderado de los padres (0-11 yrs)
Laboratorios	SI	SI	SI
Vaccunas	SI	SI	SI
Allergias	SI	SI	SI
Tabla de crecimiento	SI	SI	SI
Mensajería hacia y del el proveedor*	SI	SI	SI
Solicitud de Cita	SI		SI
Vista de Cita	SI	NO	SI
Lista de problemas y resumen	SI	NO	SI
Medicamentos / Solicitud de resurtido	SI	NO	SI

\*Los padres y el adolescente pueden enviar mensajes privados al proveedor.

Una vez que su hijo cumpla 18 años, será eliminado de su cuenta y no verá ninguna información sobre su atención médica. Si tiene alguna pregunta, llame al consultorio del paciente o al Servicio de atención al cliente de UCSF MyChart al 415-514-6000 (de lunes a viernes de 8 am a 5 pm) o envíenos un correo electrónico a UCSFMyChart@ucsfmedctr.org.