

Información sobre el paciente

Nombre completo _____ Fecha de nacimiento _____
 Correo electrónico _____ SSN: xxx-xx-_____ (últimos 4 dígitos)
 Domicilio _____
 Teléfono de día _____ Celular _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Padre o madre/tutor/representante personal legal

Nombre completo _____ Fecha de nacimiento _____
 Correo electrónico _____ SSN: xxx-xx-_____ (últimos 4 dígitos)
 Relación con el paciente _____ Tengo mi propia cuenta personal MyChart de Intermountain Health: Sí No
 Domicilio _____
 Teléfono de día _____ Celular _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Otro padre o madre/tutor/representante personal legal

Nombre completo _____ Fecha de nacimiento _____
 Correo electrónico _____ SSN: xxx-xx-_____ (últimos 4 dígitos)
 Relación con el paciente _____ Tengo mi propia cuenta personal MyChart de Intermountain Health: Sí No
 Domicilio _____
 Teléfono de día _____ Celular _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Comprendo que

- Se requiere documentación legal (por ejemplo, Poder médico legal, Tutoría, Representante personal legal).
- Si se otorga el acceso a la cuenta MyChart del Intermountain Health, el acceso permanecerá vigente hasta que se lo **revoque** a través de MyChart o por escrito, en cualquier momento.
- Si se revoca el acceso a MyChart de Intermountain Health, la visión previa de la información por parte de las personas antes mencionadas no se considerará una violación de la confidencialidad.
- La información a la que se haya accedido puede estar sujeta a **una nueva divulgación** por parte de los padres/tutores/ representantes legales y ya no estará protegida por la ley HIPAA sobre privacidad.
- La cuenta MyChart de Intermountain Health del paciente puede incluir un diagnóstico o referirse a las siguientes afecciones: servicios de salud del comportamiento o atención psiquiátrica, anemia de células falciformes, pruebas genéticas, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH), abuso de drogas o alcohol.
- Intermountain Health se reserva el derecho de revocar el acceso a MyChart de Intermountain Health en cualquier momento y por cualquier motivo.

Es necesario una firma para validar esta solicitud. Al firmar este formulario, el firmante solicita que las personas mencionadas arriba obtengan el acceso para ver electrónicamente el expediente médico del paciente a través de MyChart de Intermountain Health.

Firma y nombre en LETRA DE IMPRENTA del Padre o madre/Tutor/Representante personal legal _____ Fecha _____ Hora _____

Presentar el formulario completo ante

Presentar el formulario completo ante: La clínica del Intermountain Health en el que el paciente recibió servicios por última vez o el Departamento de Información sobre la Salud del Hospital.
 Dirigir preguntas a: Línea gratuita de apoyo para pacientes que tienen MyChart de Intermountain Health: 855-274-2517.

For Office Use Only

Date Request Received: _____ By: _____ Identification/Driver's License Verified: _____ (initials)
 Date Request Completed: _____ By: _____ Requestor: Access granted Access denied
 Additional Requestor: Access granted Access denied



Request for MyChart PROXY Access (for use by Parents /Guardians/Legal Personal Representatives) (Spanish)

A-MR-0617-0823

Peaks Region

Place patient label here.
 Scanning does NOT work if label is outside this guide.