


Información sobre el paciente adolescente

Nombre del paciente adolescente (apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombres anteriores: _____ Fecha de nacimiento: _____

N.º de teléfono de casa: _____ N.º de teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

Información sobre padre/madre/tutor legal

Nombre del padre/madre/tutor legal (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombres anteriores: _____ Fecha de nacimiento: _____

N.º de teléfono de casa: _____ N.º de teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

Parentesco con el paciente adolescente:

- ☐ Padre o madre con custodia (*Custodial Parent*)
- ☐ Padre o madre sin custodia (*Non-Custodial Parent*)
- ☐ Tutor legal (*Legal Guardian*) (este formulario debe estar acompañado de una copia de documentos legales que verifiquen la tutela legal)

Permiso para que el adolescente acceda a MyChart

- ☐ Concedo permiso para que mi adolescente (de edad entre 14 y 17 años) acceda a su información médica al crear su propia cuenta en MyChart. (*I grant permission for my teen (age 14 to 17) to access his/her medical information by creating his/her own MyChart account*). Entiendo que:
- **MyChart no es un sistema de respuesta para emergencias ni se puede usar para enviar mensajes de urgencia o emergencia.**
 - La información del expediente médico de mi adolescente puede incluir información que se relacione con una enfermedad de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Asimismo, puede incluir información acerca de servicios de salud conductual o salud mental y sobre tratamiento del consumo de alcohol o drogas.
 - Cuando concedo permiso a mi adolescente para que cree su propia cuenta en MyChart, lo hago de forma voluntaria. Puedo negarme a firmar este formulario. Inova no condicionará ningún tratamiento, pago ni otros servicios de atención médica a la presentación de este formulario.
 - Este permiso será válido hasta que mi adolescente cumpla 18 años o hasta que el padre, la madre o el tutor legal lo anulen. Puede anularse en cualquier momento si se avisa por escrito como se describe más adelante. El acceso a MyChart se desactiva de forma automática cuando se marca el fallecimiento del paciente.
 - No tendré acceso a la información de la cuenta en MyChart de mi adolescente, a menos que llene por separado un acceso como representante a los expedientes médicos mediante MyChart y mi adolescente me conceda dicho acceso. Para tener acceso como representante, debo tener mi propia cuenta en MyChart. Si mi adolescente se niega a concederme el acceso como representante o decide anularlo, todavía podrá acceder a su propia información a través de MyChart hasta que yo anule este permiso al enviar un aviso por escrito como se especifica más adelante.
 - La información médica implica la posibilidad de que se vuelva a divulgar algo que no esté autorizado. Si esto sucede, la información no contará con la protección de las normas federales sobre confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de información médica, puedo comunicarme con el departamento de cumplimiento (*Compliance Department*) de Inova al 571-472-8187.

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Medical Record # _____

Permiso o anulación del permiso para el acceso de un adolescente a MyChart

Permission or Revocation for Teen Access to MyChart

SPANISH

- Para que este formulario se considere válido, debe estar totalmente lleno, firmado y fechado. La activación del acceso del adolescente en MyChart se debe producir en un plazo de 30 días a partir de la fecha indicada en este formulario.

Términos y condiciones:

- MyChart se utiliza como fuente segura en línea de información médica confidencial. Le informaré a mi adolescente que se desaconseja rotundamente compartir su identificación y contraseña de MyChart, ya que puede comprometer información médica personal. En caso de que mi adolescente comparta su identificación y contraseña de MyChart con otra persona, esa persona podrá ver su información médica. Inova no es responsable de ninguna violación de la privacidad que se pueda ocasionar por dicha divulgación.
- Entiendo que es la responsabilidad de mi adolescente de seleccionar una contraseña confidencial, mantenerla segura y cambiarla si cree que puede haber sido comprometida de alguna manera.
- Entiendo que MyChart contiene información médica limitada y seleccionada del expediente médico de un paciente y que MyChart no refleja el contenido completo del expediente médico. También entiendo que puede solicitarse una copia en físico del expediente médico de un paciente al departamento de manejo de la información médica (*Health Information Management Department*) (Departamento de Expedientes Médicos [*Medical Records Department*]).
- Entiendo que las actividades de mi adolescente en MyChart se pueden rastrear con auditoría por computadora, y que las entradas que haga pueden formar parte del expediente médico del paciente.
- Entiendo que el acceso a MyChart es proporcionado por Inova para la conveniencia de sus pacientes, y que Inova tiene el derecho de desactivar el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier motivo.

Anulación del acceso del adolescente a MyChart

- ☐ Anulo el permiso para que mi adolescente (de edad comprendida entre 14 y 17 años) acceda a su información médica mediante su propia cuenta en MyChart (*I revoke permission for my teen [age 14 to 17] to access his/her medical information through his/her own MyChart account*). Entiendo que:
- Es mi responsabilidad presentar este formulario ante el personal de Inova.
 - La desactivación de la cuenta de MyChart de mi adolescente puede tardar hasta 3 días hábiles desde el momento en el que Inova reciba este formulario.
 - Cuando se desactiva la cuenta de MyChart de mi adolescente también se desactivará el acceso de los padres o del tutor legal.

Al firmar a continuación, certifico que soy el padre, la madre o el tutor legal del paciente adolescente mencionado anteriormente. Reconozco que he leído y que entiendo el contenido de este formulario, y estoy de acuerdo con todos los términos. Además, acepto eximir y liberar, en mi nombre y en el de mi adolescente, de todos y cada uno de los reclamos o medidas que se relacionen de alguna manera con el uso o la desactivación de MyChart al médico, a Inova y sus entidades afiliadas, ejecutivos, directores, empleados, agentes, sucesores y cesionarios.

Padre/madre/tutor legal (firma)
(*Parent/Legal Guardian [signature]*)

Fecha
(*Date*):

Hora
(*Time*):

Padre/madre/tutor legal (nombre en letra de imprenta)
(*Parent/legal guardian [print name]*)

Parentesco
(*Relationship*)

Información sobre el intérprete (para que el personal de Inova la complete, si corresponde)

(*Interpreter Information [To be completed by Inova staff, if applicable]*):

☐ In person ☐ Telephonic ☐ Video ☐ Interpreter name/ID number (if applicable) _____

☐ Patient/Designated Decision Maker was offered and refused interpreter ☐ Waiver signed

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Medical Record # _____

Permiso o anulación del permiso para el acceso de un adolescente a MyChart

Permission or Revocation for Teen Access to MyChart

SPANISH