



1500000

PLACE LABEL HERE.

IF LABEL NOT AVAILABLE, WRITE IN PT NAME MR#

**PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL/OTRO ADULTO CON ACCESO DELEGADO A ADOLESCENT MYCHART
(NIÑO DE 13 A 17 AÑOS)**

PARENT/LEGAL GUARDIAN/ANOTHER ADULT PROXY ACCESS TO ADOLESCENT MYCHART (CHILD AGED 13-17 YEARS OLD)

Instrucciones para rellenar este formulario:

Para solicitar acceso, rellene este formulario y preséntelo en su visita a la clínica o a Gestión de Información Sanitaria (HIM), o envíelo por fax, correo postal o correo electrónico (como archivo adjunto o una foto del formulario) al Centro de Contacto Sanitario de la UVA. Una vez recibido el formulario y verificada la información, recibirá un correo electrónico con la información de acceso.

Instructions for completing this form:

To request access, please complete this form and either submit it at your clinic visit or to Health Information Management (HIM), or fax, mail, or email (either as an attachment or a photo of the form) to the UVA Health Contact Center. After the form is received and the information has been verified, you will receive an e-mail with access information

UVA Health Contact Center

PO Box 800783

Charlottesville, VA 22908-0783

Email: MYCHART@virginia.edu Fax: 434-924-7456 Teléfono: 434-243-2500

**Información para Adolescentes
Adolescent's Information**

Nombre completo (apellido, nombre, segundo nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____

Full Name (last, first, middle)

Date of Birth

Email: _____ Número de historia clínica: _____

Medical Record Number

Acceso total a toda la información, incluidos todos los expedientes (requiere la firma del adolescente).

Full Access to All Information, Including All Records (requires adolescent signature)

Sólo pago de facturas y mensajería (no requiere la firma del adolescente)

Bill Pay & Messaging Only (does not require adolescent signature)

He leído y comprendo la información sobre el apoderamiento para MYCHART y las condiciones de uso de MYCHART. Entiendo que debo tener mi propia cuenta de MYCHART. Autorizo a la persona nombrada abajo a tener acceso a toda mi cuenta de MYCHART como mi Apoderado Adulto. Entiendo que esta autorización también permite a mis proveedores de atención médica comunicarse a través de MYCHART con mi Apoderado Adulto acerca de mi atención médica, así como obtener una copia de mi expediente médico completo a través de MYCHART si él/ella lo solicita. Entiendo que la información divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de mi Apoderado, y entonces ya no estaría protegida por las leyes federales de privacidad. Entiendo que UVA Health no puede condicionar la prestación de asistencia sanitaria a que yo firme esta autorización.

I have read and understand the information about proxy for MYCHART and terms and conditions for using MYCHART. I understand that I must have my own MYCHART account. I authorize the named person below to access my entire MYCHART account as my Adult Proxy. I understand that this authorization also allows my health care providers to communicate via MYCHART with my Adult Proxy about my health care as well as obtain a copy of my complete medical record via MYCHART if he/she requests. I understand that the information disclosed may be subject to re-disclosure by my Proxy, and would then no longer be protected by federal privacy laws. I understand that UVA Health may not condition it providing of health care on whether I sign this authorization.

Firma del adolescente: _____ Fecha: _____
Adolescent Signature: _____ Date

**Información sobre los padres/tutores/otros adultos
Parent/Guardian/Another Adult Information**

Nombre completo (apellido, nombre, segundo nombre): _____ Número de teléfono: _____
Full Name (last, first, middle) Phone Number:

Dirección: _____
Address

Email: _____ Fecha de nacimiento: _____
Date of Birth

Firma del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____
Parent/Legal Guardian Signature Date

UVA Health Use Only – Team Member Reviewing Request

Proxy Access Status: Approved Not Approved

Team Member Name: _____ User ID: _____ Date: _____