

Este formulario debe utilizarse para las solicitudes de acceso al Portal para pacientes presentadas por: 1) Padres 2) Tutores legales 3) Representantes adultos y 4) Menores emancipados

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO: DD/MM/AAAA	GÉNERO:
DIRECCIÓN:			
CIUDAD:	ESTADO/PROVINCIA:	CÓDIGO POSTAL:	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: <input type="checkbox"/> NA	TELÉFONO DE CASA:	TELÉFONO MÓVIL:	

**\*\*\*Seleccione la(s) casilla(s) a continuación que mejor describa/describan el acceso al portal del paciente/acceso del representante solicitado\*\*\***

**Para todos los tipos de acceso, solo se puede acceder al expediente del paciente a través de la cuenta del representante en el Portal para pacientes.**

<p><b><u>ADOLESCENTES (12 a 17 años de edad)</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Poder Legal Adulto-Adolescente:</b> acceso para programar citas, no tendrá acceso para abastecer medicamentos</p> <p><b>El parentesco del representante con el paciente es:</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Padres</b> (Identificación con foto necesaria y estatus documentado en un registro médico o documento legal)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Tutor legal permanente</b> (Se requiere identificación con foto y copia de la orden judicial que nombre la tutela)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Acceso del mismo adolescente</b> (Si marca esta opción, debe firmar al reverso), acceso total a su propio registro</p>	<p><b><u>ADOLESCENTE CON DISCAPACIDAD PERMANENTE (12 a 17 años de edad)</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Adolescente con discapacidad permanente</b> (Se requiere documentación médica)</p> <p><b>El parentesco del representante con el adolescente con discapacidad permanente es:</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Padres</b> (Identificación con foto necesaria y estatus documentado en un registro médico o documento legal)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Tutor legal permanente</b> (Se requiere identificación con foto y copia de la orden judicial que nombre la tutela)</p>
<p><b><u>MENOR EMANCIPADO (Acceso autónomo)</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Menor emancipado</b> (Se requiere copia de la orden judicial de emancipación)</p>	

### INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE

**NA** - Marque si el adolescente o menor emancipado solicita acceso

NOMBRE DEL REPRESENTANTE: APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO: DD/MM/AAAA	
DIRECCIÓN:			
CIUDAD:	ESTADO/PROVINCIA:	CÓDIGO POSTAL:	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:	TELÉFONO DE CASA:	TELÉFONO MÓVIL:	



PATIENT PORTAL ACCESS REQUEST  
- ADOLESCENT PROXY OR  
EMANCIPATED MINOR - SPANISH



1967

PATIENT LABEL

## DECLARACIÓN DE PADRES/TUTORES LEGALES/ADOLESCENTES/MENORES EMANCIPADOS

Al firmar a continuación, reconozco y acepto que:

- Usaré mi propia cuenta de My Baptist Chart en Baptist Health para acceder a la cuenta del Paciente.
- Cumpliré con los términos y las condiciones de la página web My Baptist Chart (ubicada en **My.BaptistChart.com**) y este documento.
- Mantendré la confidencialidad de mi contraseña y no compartiré esta información con nadie.
- Tengo patria potestad o derechos de tutela legal para acceder al registro de este Paciente.
- **NO soy padre o madre adoptivo/a ni padrastro o madrastra de este Menor.**
- No existen órdenes judiciales ni órdenes de restricción vigentes que limiten mi acceso a los registros médicos y/o a la información de este Paciente.
- Notificaré a Baptist Health por escrito de inmediato si mi Parentesco con el Paciente cambia (por ejemplo, si ya no soy el Tutor legal del Paciente).
- Las comunicaciones en nombre del Paciente a través de My Baptist Chart deben enviarse desde el registro del Paciente y las respuestas se recibirán en el registro del Paciente. Las alertas por correo electrónico de My Baptist Chart se enviarán a la dirección de correo electrónico ingresada en Información del representante.
- Existen limitaciones de rango de edad para My Baptist Chart. Estas limitaciones de rango de edad no afectan ningún derecho legal que tenga para acceder al registro del Paciente por otros medios. Copias del registro están disponibles para los solicitantes autorizados (sujetos a otras políticas de Baptist Health) comunicándose con el Departamento de gestión de información de salud del hospital o con el personal de recepción en el consultorio del médico.
- Para un menor de 0 a 11 años, el representante tendrá acceso a My Baptist Chart del Menor. Para que nuestro portal cumpla plenamente con ciertas restricciones de las leyes de privacidad de Florida, los padres de los pacientes de 12 a 17 años tendrán acceso parcial a la cuenta del portal de sus Hijos. El representante pasa automáticamente al Acceso de adulto a adolescente a las 12 a.m. del día en que el adolescente cumple 12 años, con acceso para programar citas, enviar mensajes si los padres iniciaron los mensajes y vacunaciones. A los 18 años, el representante perderá el acceso a la cuenta de My Baptist Chart del paciente y deberá completar un formulario de consentimiento para obtener acceso.
- Yo, como representante legal y garante de un paciente de 0 a 11 años de edad, y mayor de 18 años, tendré la capacidad de ver, pagar facturas y recibir asistencia financiera, planes de pago y configurar el pago automático.
- A los adolescentes (de 12 a 17 años) se les otorgará acceso a My Baptist Chart a menos que uno de los padres solicite que se restrinja o niegue el acceso del menor.
- La eliminación del acceso de apoderado (parental proxy) se produce cuando se valida el estatus de menor emancipado.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o de la madre/tutor legal/adolescente/menor emancipado

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

### **Presente el formulario:**

**ENTREGUE LA DOCUMENTACIÓN EN PERSONA O ENVÍELA POR CORREO A:** Baptist Health, Departamento de gestión de información de salud (HIM), a la atención de: Portal para pacientes, 3563 Philips Highway, Bldg. B, Suite 201, Jacksonville, FL 32207 O al consultorio de su médico de Baptist Health.

**\*\*Nota:** Este formulario **SOLO** debe ser completado por padres, tutores legales, adolescentes, menores emancipados o representantes adultos. Los pacientes Adultos que deseen participar en el portal pueden registrarse durante su visita o recibir un código de activación en el resumen posterior a la visita. Este código le permitirá iniciar sesión y crear su propia identificación de usuario y contraseña. Puede acceder a su cuenta MyChart iniciando sesión en **my.baptistchart.com**. Si no se le emitió un código de activación, puede solicitar uno directamente desde el sitio web MyChart.



**PATIENT PORTAL ACCESS REQUEST  
– ADOLESCENT PROXY OR  
EMANCIPATED MINOR – SPANISH**

PATIENT LABEL