



1500000

PLACE LABEL HERE.

IF LABEL NOT AVAILABLE, WRITE IN PT NAME & MR#

ACCESO A MYCHART COMO PADRE O REPRESENTANTE LEGAL

PARENT/LEGAL GUARDIAN PROXY ACCESS TO MYCHART

(NIÑO MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD)

(CHILD UNDER 18 YEARS OLD)

Instrucciones para llenar este formulario:

Instructions for completing this form:

Para solicitar acceso como representante legal, favor de completar este formulario y ya sea presentarlo en su clínica cuando vaya a consulta o a Servicios de Información sobre la Salud (HIS por sus siglas in inglés), por medio de un fax o correo al "UVa Contact Center" (Centro de Contacto de UVA en español). Por favor escriba claramente e incluya una copia de identificación con su fotografía. Una vez que se haya recibido este formulario y se haya verificado la información, usted recibirá un correo electrónico con acceso a la información.

To request proxy access, please complete this form and either submit it at your clinic visit or to Health Information Services (HIS), or fax/mail it to the UVa Contact Center. Please print clearly and include a copy of photo identification. After the form is received and the information has been verified, you will receive an e-mail with access information.

Información del niño

Clinical Information

Nombre completo (apellido, Nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____
Full Name (last, first, middle): *Date of Birth:*

Número de Registro Médico (MRN): _____ Sexo: Masculino Femenino
Medical Record Number (MRN): *Gender: Male Female*

Información del padre o tutor

Parent/Guardian Information

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

Dirección: _____
Address:

Correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____
Email: *Date of Birth:*

Parentesco con el niño:
Relationship to child:

Padre Representante legal (incluya copia de la orden judicial designándole como representante legal)
Parent Legal Guardian (include copy of court order naming you as guardian)

¿Ha recibido atención médica en la Universidad de Virginia? Sí No
Have you received care at the University of Virginia? Yes No

En caso afirmativo, ¿cuál es el número de su registro médico? _____
If yes, what is your MRN?

He leído y comprendido la información acerca de actuar como representante legal para MyChart y los términos y las condiciones para utilizarlo. Certifico que soy el padre o representante legal del niño arriba mencionado; que no hay una orden judicial que restrinja mi acceso a registros médicos y que toda la información que he proporcionado es la correcta. Solicito acceso a la cuenta de MyChart en representación de mi niño.

I have read and understand the information about proxy for MyChart and the terms and conditions for using MyChart. I certify that I am the parent or court-appointed legal guardian of the child listed above, that there is no court order restricting my access to medical records and that all information I have provided is correct. I request access to a MyChart account on behalf of my child.

Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____
Signature: Date: Time:

UVa Contact Center (Centro de Contacto de Uva)

PO Box 800783

Charlottesville, VA 22908-0783

Correo electrónico: mychart@virginia.edu Fax: 434-924-7456 No. de Teléfono: 434-243-2500

Clinic Staff

Information reviewed/validated – Signature: _____ Date/Time: _____

Information forwarded to HIS for validation (434-924-2432)

Health Information Services Staff

Information reviewed/validated – Signature: _____ Date/Time: _____

Proxy Access Status: Approved Not Approved - Comment: _____

Contact Center Staff

Proxy requester contacted – Signature: _____ Date/Time: _____