

Consentimiento para el acceso de un adulto al expediente de GHCMYChartSM de un menor (de 0 a 17 años)

Información del paciente menor de edad (un formulario por menor):

Nombre Del Paciente: _____ GHC # _____ Fecha de Nacimiento _____
Dirección Del Paciente: _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Información del padre/madre o tutor legal:

Nombre Del Padre/Madre o Tutor Legal _____ Fecha De Nacimiento Del Del Padre/Madre o Tutor Legal _____
Dirección _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____
Número De Teléfono Del Padre/Madre o Tutor Legal _____ Dirección Electrónica Del Padre/Madre o Tutor Legal _____

Información del representante legal: (Por favor proporcione información acerca del representante legal que va a obtener acceso al expediente de GHCMYChartSM del menor).

Nombre Del Representate Legal _____ Fecha De Nacimiento Del Representate Legal _____
Dirección _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____
Número De Teléfono Del Representate Legal _____ Dirección Electrónica Del Representate Legal _____

Últimos 4 Dígitos Del Número De Seguro Social Del Representante Legal _____ Relación Del Representate Legal _____
(Únicamente se requiere cuando se necesita enviar información al Con El Menor
Departamento de Administración de Información de Salud (HIM por sus siglas en inglés)

Yo, el tutor legal del Paciente Menor mencionado anteriormente, autorizo y acepto que el representante legal mencionado anteriormente pueda tener acceso a la cuenta de GHCMYChartSM del Paciente Menor.

- Si el menor tiene entre 0 y 17 años, a esta persona se le otorgará acceso total como representante legal al expediente de MyChart del menor. Puede comunicarse con el Departamento de Divulgación de Información de GHC-SCW para que se revoque este acceso en cualquier momento.
- Una vez que el menor cumpla los 18 años, tendrá acceso completo a su expediente de GHCMYChartSM. El acceso del representante legal terminará automáticamente y esta persona ya no tendrá acceso a la cuenta.

Firma Del Padre/Madre o Tutor Legal (Obligatoria) _____ Fecha _____

Devuelva el formulario firmado al Departamento de Divulgación de Información (Release of Information) de GHC-SCW, utilizando uno de los siguientes medios:

- Por correo electrónico a:
- Por fax al:
- Por correo a:

GHCROI@ghcscw.com
(608) 441-3499
GHC-SCW East Clinic
ATTN: Release of Information
5249 E Terrace Dr.
Madison, WI 53717