

Información del paciente ("Niño")

Nombre completo _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección de correo electrónico _____ Número de seguro social: XXX-XX-_____(últimos 4 dígitos)
Dirección _____
Teléfono de día # _____ Cel # _____ Ciudad Estado C.P.

Información del apoderado

Nombre completo _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección de correo electrónico _____ Número de seguro social: XXX-XX-_____(últimos 4 dígitos)
Relación con el paciente _____ Tengo mi propia cuenta personal de *MyBCH health services*: Sí No
Dirección _____
Teléfono de día # _____ Cel # _____ Ciudad Estado C.P.

Tipo de acceso solicitado del apoderado

Registros Médicos Datos de Facturación Ambos

Reconocimientos

- Entiendo que **se puede** requerir documentación legal (por ejemplo, tutela o representante legal personal). Debo tener derechos de paternidad o tutela legal para acceder al registro de este niño.
- Reconozco que no se me han negado periodos de ubicación física con el niño y que no hay órdenes judiciales u órdenes de restricción vigentes que limiten mi acceso a los registros médicos y / o información de este niño.
- Reconozco que existen limitaciones de rango de edad para el portal para pacientes de *MyBCH Health Services*. Estas limitaciones de rango de edad no afectan ningún derecho legal que tenga para acceder al registro del niño por otros medios. Puedo solicitar una copia impresa del registro del niño comunicándome con el Departamento de Registros Médicos.
- Entiendo qué para un niño de 0 a 11 años, se me otorgará acceso completo al Portal del Paciente de *MyBCH Health Services* del niño, y en el cumpleaños número 12 del niño, ya no tendré acceso al Portal del Paciente de *MyBCH Health Services* del niño.
- Entiendo qué al enviar este formulario, yo, como padre o tutor legal, he solicitado acceso por poder a los pacientes mencionados anteriormente cuya información reside en el portal de registros médicos electrónicos (Portal del paciente de *MyBCH Health Services*).
- Entiendo que la información médica del niño es confidencial. *Boulder Community Health* lo mantiene de forma segura en un sistema electrónico.
- Entiendo que el incumplimiento del Acuerdo de usuario del portal para pacientes de *MyBCH Health Services* puede resultar en la terminación de los privilegios de acceso al portal.
- Entiendo que el portal para pacientes de *MyBCH Health Services* para pacientes del niño puede incluir un diagnóstico o una referencia a las siguientes afecciones: *servicios de salud del comportamiento / atención psiquiátrica; anemia falciforme; Prueba genética; síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH); o abuso de drogas y / o alcohol.*
- Reconozco qué si dejo de ser responsable de las decisiones de atención médica del niño, notificaré a *Boulder Community Health* de inmediato.
- Entiendo que *Boulder Community Health* se reserva el derecho de revocar el acceso al Portal del Paciente de *MyBCH Health Services* en cualquier momento y por cualquier motivo.
- Reconozco que he leído y comprendido este formulario de Acceso del apoderado infantil: 0-11 y que el Acuerdo de usuario completo del portal para pacientes de *MyBCH Health Services* está disponible en línea.
- Entiendo que esta autorización para mi acceso a la cuenta del Portal del Paciente de *MyBCH Health Services* del niño vencerá automáticamente si el Departamento de Registros Médicos recibe un aviso y documentación de que ya no soy el tutor del niño, si *Boulder Community Health* recibe un aviso y documentación de que existe un orden judicial u orden de restricción vigente que limitaría mi acceso a los registros médicos y / o la información del niño, cuando se desactive la cuenta del portal para pacientes de *MyBCH Health Services* del niño o cuando revoque esta autorización, lo que ocurra primero.
- **Se requiere una firma para validar esta solicitud. Al firmar este formulario, el firmante certifica que es el padre o tutor legal del niño mencionado anteriormente y que toda la información proporcionada es correcta. El firmante solicita acceso para ver electrónicamente el registro médico del paciente a través del Portal para pacientes de *MyBCH Health Services*.**

Firma y Nombre IMPRESO del padre / tutor

Fecha

Enviar formulario completo a

Para consultas o presentar formularios con identificación en persona:

Departamento de registros médicos de salud comunitaria de Boulder
4990 Pearl East Circle, Suite 100, Boulder. 303-415-7760.