

**Info. del Paciente "Menor"**

Nombre Completo \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Núm. del Seguro Social: XXX-XX-\_\_\_\_\_(Ultimos 4 dígitos)  
Dirección \_\_\_\_\_  
Núm. de teléfono de día \_\_\_\_\_ Núm. de celular \_\_\_\_\_ Cd. Estado C.P.

**Info. del Apoderado**

Nombre completo \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Núm. del Seguro Social: XXX-XX-\_\_\_\_\_(Ultimos 4 dígitos)  
Relación al paciente \_\_\_\_\_ Tengo mi propia cuenta MyBCH Health Services:  Si  No  
Dirección \_\_\_\_\_  
Núm. de teléfono de día \_\_\_\_\_ Núm. de celular \_\_\_\_\_ Cd. Estado C.P.

**Info. Solicitada por el Apoderado**

Archivos Médicos (*Medical Records*)  Información de Facturación (*Billing Information*)

**Autorización**

- Entiendo que la documentación legal puede ser requerida (por ejemplo, Tutela o Representante Personal Legal). Debo tener derechos parentales o derechos de tutela legal para acceder al registro de este niño.
- Reconozco que no se me han negado períodos de colocación física con el niño y que no hay órdenes judiciales u órdenes de restricción en efecto 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 de Servicios del Paciente de MyBCH Health. Estas limitaciones de rango de edad no afectan ningún derecho legal que tenga para acceder al archivo del niño por otros medios. Puedo solicitar una copia en papel del registro del niño si contacto al Departamento de Registros Médicos.
- Entiendo que, para un niño de 0 a 11 años de edad, se me concederá acceso completo al Portal de Servicios del Paciente de MyBCH Health del niño, y al cumplir 12 años, ya no tendré acceso a su Portal.
- Entiendo que, al entregar este formulario, yo, como padre o tutor legal, he solicitado acceso de apoderado para la información del paciente previamente mencionado, contenida en el portal electrónico de archivos médicos (*MyBCH Health Services Patient Portal*).
- 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 de Servicios del Paciente de MyBCH Health puede resultar en la terminación de los privilegios de acceso al portal.
- Entiendo que el Portal de Servicios del Paciente de MyBCH Health del niño puede incluir un diagnóstico o referencia a las siguientes afecciones: servicios de salud conductual/atención psiquiátrica; anemia de células falciformes; pruebas genéticas; síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH); o abuso de drogas y/o alcohol.
- Reconozco que, si dejo de ser responsable de las decisiones de atención médica del niño, notificaré a *Boulder Community Health* inmediatamente.
- Entiendo que *Boulder Community Health* mantiene el derecho de revocar el acceso al Portal de Servicios del Paciente de MyBCH Health en cualquier momento y por cualquier motivo.
- Reconozco que he leído y entiendo este formulario de Acceso de Apoderado para Niños: 0-12 y que el Acuerdo de Usuario para el Portal de Servicios del Paciente de MyBCH Health está disponible para yo consultar por internet.
- Entiendo que esta autorización para mi acceso a la cuenta del Portal de Servicios del Paciente de MyBCH Health del niño, se vencerá automáticamente si el Departamento de Archivos Médicos recibe aviso y documentación de que ya no soy el tutor del niño, si *Boulder Community Health* recibe notificación y documentación que hay una orden judicial o una orden de restricción en vigor que limitaría mi acceso a los registros médicos y/o información del niño, cuando se desactive la cuenta del Portal de Servicios del Paciente de MyBCH Health del niño, o cuando yo revoque esta autorización, cualquiera suceda primero.
- **Se requiere una firma para validar esta solicitud. Al firmar este formulario, el firmante declara que es el padre o tutor legal del niño mencionado anteriormente y que toda la información proporcionada es correcta. El firmante está solicitando acceso para ver electrónicamente el historial médico del paciente a través del Portal de Servicios del Paciente de MyBCH Health.**

Firma y Nombre IMPRESO del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Submit Completed Form To**

Para preguntas o para presentar identificación en persona:

Boulder Community Health Medical Records Department  
4990 Pearl East Circle, Suite 100, Boulder. 303-415-7760.

