



Proxy Request and Authorization Form
For Access to FollowMyHealth™ Minor Patient Portal

If you are the parent or legal guardian of a University Health System (UHS) patient who is under the age of 13, you can complete this form to request "proxy access" to your child's health information in the FollowMyHealth™ Patient Portal (Portal).

You must complete a separate form for each child for whom you are requesting proxy access. All Sections Required-PLEASE PRINT

Section I. Patient (Child's) Information:

Name: Last First MI DOB: MM DD YYYY

Home Address: Street Address City State Zip Code

Section II. Requestor (Parent/Legal Guardian) Information:

Requestor Name: Last First MI

Requestor's Home Address: Street Address City State Zip Code

Phone #: Cell Home Work

Requestor's Email Address:

Relationship to Patient: Parent Legal Guardian

By signing this Portal Proxy Request and Authorization Form, I acknowledge and agree that:

- I am the parent or legal guardian.
There are no court orders or restraining orders in effect limiting my access to my child's medical records and/or information.
I am giving my permission for University Health System to disclose my child's protected health information (PHI) through the FollowMyHealth™ Patient Portal, which may include, but is not limited to: health summary, current problem list, current medications, lab results, appointment information. This may include information relating to 1) Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), or Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection, 2) treatment for drug or alcohol abuse or 3) mental or behavioral health or psychiatric care.
I will establish my own FollowMyHealth™ account in order to access my child's FollowMyHealth™ Personal Health Record (PHR) account.
I will be granted full access to my child's FollowMyHealth™ PHR for until his/her 13th birthday, or until my child has authority to consent independently to treatment in accordance to Texas Law, at which time I will no longer receive updates to my child's FollowMyHealth™ PHR.

X Parent or Legal Guardian Signature Relationship to Patient Date

If you have any questions or need help completing this form, please contact the office below:

Medical Records Department
701 S. Zarzamora
San Antonio, TX 78207
Phone: (210)358-1777 FAX:(210)702-4088

Office Use Only:

Patient (Child's) MRN

Approved; Manual Invite Sent On: Security Code:

Rejected: Reason:



**Formulario de solicitud y autorización de apoderado
para acceso al Portal del Paciente de FollowMyHealth™ en representación de un menor**

Si usted es padre, madre o tutor legal de un paciente del University Health System (UHS) que tiene menos de 13 años de edad, puede completar este formulario para solicitar el "acceso como apoderado" a la información de salud de su hijo en el Portal del Paciente FollowMyHealth™ (en adelante, el "Portal"). El acceso como apoderado le permitirá consultar la información de salud de su hijo en el Portal y, en algunos casos, también comunicarse a través del Portal con el equipo médico de su hijo. Cuando su hijo cumpla 13 años, usted ya no podrá consultar ninguna información nueva del niño en el Portal.

Usted debe completar un formulario separado por cada hijo cuya información quiera consultar como apoderado. **Complete todas las secciones con LETRA DE IMPRENTA**

Sección I. Información del paciente (niño):

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
 Apellido Primer nombre Inicial MM DD AAAA

Domicilio: _____
 Dirección Ciudad Estado Código postal

Sección II. Información del solicitante (padre, madre o tutor legal):

Nombre del solicitante: _____
 Apellido Primer nombre Inicial

Domicilio del solicitante: _____
 Dirección Ciudad Estado Código postal

Teléfono: _____ Celular Hogar Trabajo

Correo electrónico del solicitante: _____

Parentesco o relación con el paciente: Padre o madre Tutor legal

Al firmar este formulario de solicitud y autorización de apoderado para acceso al Portal, **reconozco y admito que:**

- Soy el padre, madre o tutor legal del niño.
- No hay ninguna orden judicial o de restricción vigente que limite mi acceso a los registros médicos y/o a la información médica de mi hijo.
- Otorgo a University Health System mi permiso para divulgar información protegida sobre la salud de mi hijo (PHI) a través del Portal del Paciente FollowMyHealth™, la cual puede incluir, sin limitación: resumen de salud, lista de problemas actuales, medicamentos que toma, resultados de laboratorio e información sobre citas médicas. Esto puede incluir información relativa a: 1) infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida); 2) tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas; o 3) problemas de salud mental o conductual, o atención psiquiátrica.
- **Abriré mi propia cuenta de FollowMyHealth™ para poder acceder a la cuenta de FollowMyHealth™ de mi hijo y a su Expediente de Salud Personal (PHR).**
- Se me concederá acceso completo al expediente de FollowMyHealth™ de mi hijo hasta su cumpleaños número 13, o hasta que tenga autoridad para dar su consentimiento independiente a un tratamiento, de acuerdo con la ley de Texas. A partir de ese momento, ya no recibiré actualizaciones a su expediente.

X _____
 Firma del padre, madre o tutor legal Parentesco o relación con el paciente Fecha

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, por favor comuníquese con:

**Medical Records Department
701 S. Zarzamora
San Antonio, TX 78207
Teléfono: (210)358-1777 Fax:(210)702-4088**

Sólo para uso de la oficina:

Patient (Child's) MRN _____

Approved; Manual Invite Sent On: _____ **Security Code:** _____

Rejected; Reason: _____