



**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: _____

