



1500000

PLACE LABEL HERE.

IF LABEL NOT AVAILABLE, WRITE IN PT NAME &MR#

# ACCESO DE PODERHABIENTE PARA EL PADRE/TUTOR LEGAL A MYCHART (NIÑO MENOR DE 13 AÑOS)

## PARENT/LEGAL GUARDIAN PROXY ACCESS TO MYCHART (CHILD UNDER 13 YEARS OLD)

### Instrucciones para completar este formulario:

Para solicitar acceso de poderhabiente, complete este formulario y preséntelo en su siguiente cita a la clínica o a los Servicios de Información de Salud (HIS), o envíelo por fax, correo postal o correo electrónico (ya sea como un archivo adjunto escaneado o una foto del formulario) al contacto que está a continuación de UVA Centrar. Después de recibir el formulario y verificar la información, recibirá un correo electrónico urgente con la información de acceso.

#### Instructions for completing this form:

To request proxy access, please complete this form and either submit it at your clinic visit or to Health Information Services (HIS), or fax, mail, or email (either as a scanned attachment or a photo of the form) to the UVA Contact Center. After the form is received and the information has been verified, you will receive a time sensitive e-mail with access information.

### UVA Contact Center

PO Box 800783

Charlottesville, VA 22908-0783

Email: [mychart@virginia.edu](mailto:mychart@virginia.edu) Fax: 434-924-7456 Phone: 434-243-2500

### Información del Niño

Childs Information

Nombre Completo (apellido, nombre): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Full Name (last, first, middle) Date of Birth

Numero de Historia Clínica (MRN): \_\_\_\_\_

### Información de los Padres/Tutores

Parent/Guardian Information

Nombre Completo (apellido, nombre): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Full Name (last, first, middle) Date of Birth

Dirección: \_\_\_\_\_  
Address

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Email Phone

Numero de Historia Clínica (MRN): \_\_\_\_\_  Sin Número de Historia Clínica de Uva  
Medical Record Number: No UVA Medical Record Number

Relación con el niño:  Padre  Tutor legal (incluya una copia de la orden judicial que le nombra como tutor)  
Relationship to child Parent Legal Guardian (include copy of court order naming you as guardian).

He leído y entiendo la información sobre el poderhabiente para MyChart y los términos y condiciones para usar MyChart. Entiendo que debo tener mi propia cuenta en MyChart. Certifico que soy el padre o tutor legal designado por el tribunal del niño mencionado anteriormente, que no existe una orden judicial que restrinja mi acceso a los registros médicos y que toda la información que he proporcionado es correcta. Por la presente solicito acceso a una cuenta de MyChart en nombre de mi hijo.

I have read and understand the information about proxy for MyChart and the terms and conditions for using MyChart. I understand that I must have my own MyChart account. I certify that I am the parent or court-appointed legal guardian of the child listed above, that there is no court order restricting my access to medical records and that all information I have provided is correct. I hereby request access to a MyChart account on behalf of my child.

Firma del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature Date Time



1500000

PLACE LABEL HERE.

IF LABEL NOT AVAILABLE, WRITE IN PT NAME & MR#

**Sólo para uso de UVA**  
UVA Use Only

Proxy Identification Validated By  HIS  SW  Clinical Support  Access  Other: \_\_\_\_\_

Proxy Access Status:  Approved  Not Approved Comment: \_\_\_\_\_

Team Member Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

**UVA Contact Center Details Activation:**

Team Member Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

**Deactivation:**

Proxy Deactivation Details: \_\_\_\_\_

Team Member Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_