



PLACE LABEL HERE.

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

**ACCESO DE PODERHABIENTE PARA EL PADRE/TUTOR LEGAL/OTRO ADULTO A MYCHART PARA ADOLESCENTES (NIÑOS DE 13 A 17 AÑOS DE EDAD)**  
**PARENT/LEGAL GUARDIAN/ANOTHER ADULT PROXY ACCESS TO ADOLESCENT MYCHART (CHILD AGED 13-17 YEARS OLD)**

**Instrucciones para completar este formulario:**

Para solicitar acceso de poderhabiente, complete este formulario y preséntelo durante su cita a la clínica o a Servicios de Información de Salud (HIS), o envíelo por fax, correo postal o correo electrónico (ya sea como un archivo adjunto o una foto del formulario) al Centro de contacto de Uva que está a continuación. Una vez recibido el formulario y verificada la información, recibirá un e-mail con la información de acceso

Instructions for completing this form:

To request 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 an 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 an 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 Adolescente**

Adolescent's Information

Nombre completo (apellido, nombre): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Full Name (last, first, middle)

Date of Birth

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Numero de Historia Clínica: \_\_\_\_\_

Email

Medical Record Number

**Información del Padre/Madre/Tutor/Otro Adulto**

Parent/Guardian/Another Adult Information

Nombre completo (apellido, nombre): \_\_\_\_\_

Full Name (last, first, middle):

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Phone

Address

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Email

Date of Birth

Acceso Completo a Toda la Información, Incluidos Todos los Registros  Solo Pago de Facturas y Mensajería

Full Access to All Information, Including All Records

Bill Pay & Messaging Only

He leído y comprendido la información sobre el poderhabiente para MyChart y los términos y condiciones de uso de MyChart. Entiendo que debo tener mi propia cuenta de MyChart. Autorizo a la persona mencionada anteriormente a acceder a toda mi cuenta de MyChart como mi representante adulto. Entiendo que esta autorización también permite que mis proveedores de atención médica se comuniquen a través de MYCHART con mi representante adulto sobre mi atención médica, así como obtener una copia de mi expediente médico completo a través de MYCHART si él/ella lo solicita. Comprendo que la información divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de mi Apoderado, y entonces ya no estaría protegida por las leyes federales de privacidad. Entiendo que el Sistema de Salud de la Universidad de Virginia no puede condicionar la prestación de atención médica a que yo firme esta autorización

I have read and understand the information about proxy for MyChart and terms and conditions for using MyChart. I understand that I must have my own MyChart account. I authorize the above named person to access my entire MyChart account as my Adult Proxy. I understand that this authorization also allows my health care providers to communicate via MYCHART with my Adult Proxy about my health care as well as obtain a copy of my complete medical record via MYCHART if he/she requests. I understand that the information disclosed may be subject to re-disclosure by my Proxy, and would then no longer be protected by federal privacy laws. I understand that the University of Virginia Health System may not condition its providing of health care on whether I sign this authorization.

Firma del Adolescente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Adolescent Signature

Date

Time



150000

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:**

Deactivation details: \_\_\_\_\_

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