



1500000

PLACE LABEL HERE.

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

ACCESO DE LOS PADRES/TUTORES LEGALES/OTROS ADULTOS REPRESENTANTES A MYCHART PARA ADOLESCENTES (NIÑOS DE 13 A 17 AÑOS)
(PARENT/LEGAL GUARDIAN/ANOTHER ADULT PROXY ACCESS TO ADOLESCENT MYCHART (CHILD AGED 13-17 YEARS OLD))

Instrucciones para completar este formulario:

- Rellene este formulario y entréguelo en su visita a la clínica o en el Centro de Contacto de UVA Health
- Se requiere una identificación con foto del padre/madre/tutor legal/otro adulto.
- Incluya la documentación legal relativa a la custodia si se trata de un tutor legal.
- Los padres/tutores legales y los adolescentes deben tener direcciones de correo electrónico diferentes (por ejemplo, no compartir una cuenta de correo electrónico).
- Una vez recibidos el formulario y la identificación con foto y verificada la información, el representante recibirá un correo electrónico urgente con la información de acceso.

(Instructions for completing this form:

- Complete this form and either submit it at your clinic visit or to the UVA Health Contact Center
- Photo ID for the parent/legal guardian/another adult is required
- Include legal documentation regarding custody if legal guardian
- Parent/legal guardian and adolescent must have different emails (e.g. not sharing an email account)
- After the form and photo ID are received and the information has been verified, the proxy will receive a time sensitive e-mail with access information)

UVA Health Contact Center

PO Box 800783

Charlottesville, VA 22908-0783

Email: mychart@uvahealth.org 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)) (Date of Birth)

Correo electrónico: _____
(Email)

Acceso completo a toda la información, incluidos todos los registros (requiere la firma del adolescente)
Full Access to All Information, Including All Records (requires adolescent signature))

Solo pago de facturas y mensajería (no requiere la firma del adolescente)
Bill Pay & Messaging Only (does not require adolescent signature)



1500000

PLACE LABEL HERE.

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

He leído y entiendo la información sobre el poder para MyChart y los términos y condiciones para usar MyChart. Autorizo a la persona nombrada a continuación a acceder a toda mi cuenta de MyChart como mi representante adulto. Entiendo que esta autorización también permite a mis proveedores de atención médica comunicarse 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 o ella lo solicita. Entiendo que la información divulgada puede ser objeto de una nueva divulgación por parte de mi representante y que, en ese caso, dejaría de estar protegida por las leyes federales de privacidad. Entiendo que UVA Health no puede condicionar la prestación de atención médica a la firma de esta autorización.

(I have read and understand the information about proxy for MyChart and terms and conditions for using MyChart. I authorize the named person below 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 UVA Health may not condition it providing of health care on whether I sign this authorization.)

Firma del adolescente: _____ Fecha: _____
(Adolescent Signature) (Date)

Información del padre/madre/tutor/otro adulto
(Parent/Guardian/Another Adult Information)

Nombre completo (apellido, nombre): _____ Teléfono: _____
(Full Name (last, first)) (Phone)

Dirección: _____
(Address)

Correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Email) (Date of Birth)

Firma del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____
(Parent/Legal Guardian Signature) (Date)