Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label - Patient Name, Medical Record Number

STANFORD HEALTH CARE
STANFORD, CALIFORNIA 94305

CONSENT MYHEALTH SHARE ACCESS REQUEST FORM

Solicitud para el acceso en línea a la historia clínica de un menor de edad

Debe entregar el formulario personalmente en una clínica en Stanford Health Care (SHC), University Healthcare Alliance/ Menlo Medical Clinic o en Stanford Health Care-ValleyCare. En el momento de la entrega, se verificará una identificación con foto.

Por medio de la presente, solicito a Stanford Health Care (SHC), University Healthcare Alliance (UHA) o Stanford Health Care-ValleyCare (SHC-VC) que le brinden acceso a la información médica en MyHealth del paciente mencionado más abajo, de acuerdo con lo permitido por ley, al representante indicado a continuación.

Tenga en cuenta las siguientes limitaciones de rangos de edad para MyHealth. Estas limitaciones de rangos de edad no afectan ningún derecho legal que usted tenga para acceder a la historia clínica de su hijo/a por otro medio. Para solicitar una copia impresa de la historia clínica de su hijo/a, comuníquese con el departamento de historias clínicas.

- Si su hijo/a es **recién nacido o tiene hasta 11 años:** Se le otorgará pleno acceso a la historia clínica de su hijo/a en MyHealth.
- Si su hijo/a tiene **entre 12 y 17 años:** Se le otorgará acceso parcial a la historia clínica de su hijo/a en MyHealth (por ej., vacunas, mensajes).
- Una vez que su hijo cumpla **18 años**, ya no tendrá acceso a la historia clínica de su hijo en MyHealth.

Escriba con letra legible y complete todos los campos para garantizar que el procesamiento se realice oportunamente.

Nombre del paciente _____ _____ _____
(Menor de 18 años) *Apellido* *Primer nombre* *Inicial del 2.º nombre*

Número de historia clínica (MRN): _____

Teléfono _____ **Fecha de nacimiento** _____
MM/DD/AAAA

Su nombre _____ _____ _____
(Mayor de 18 años) *Apellido* *Primer nombre* *Inicial del 2.º nombre*

Dirección _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código postal** _____

Teléfono _____ **Fecha de nacimiento** _____ **Sexo** ☐ Masculino ☐ Femenino
MM/DD/AAAA

Correo electrónico _____

Su relación con el menor (es posible que se requieran documentos legales, por ejemplo, certificado de nacimiento, documentos de tutela, poder legal, certificado de matrimonio):

☐ Padre/madre ☐ Tutor ☐ Custodio ☐ Padrastro/madrastra

Su relación con SHC:

☐ Soy un paciente registrado en MyHealth □ Soy un paciente no registrado en MyHealth ☐ No soy un paciente

Su firma _____ **Fecha** _____

Your Signature _____ ***Date*** _____

HIMS USE ONLY

Date Request Received:_____ Patient Relationship Verified By:_____ ☐ SHC ☐ UHA ☐ SHC-VC

Proxy MRN:_____ Proxy Access Approved: ☐ Yes ☐ No Letter Sent: ☐ Yes ☐ No Date Sent: _____