

Parent/Legal Guardian Proxy  
Authorization for MyChart Dependent  
Account-Minor Child - Spanish  
Page 1 of 1



Place Patient Label  
Inside This Box

Se podrá otorgar a un padre o tutor legal el acceso a información médica protegida mantenida en un registro del Portal del Paciente de FirstHealth of the Carolinas (en adelante mencionada como MyChart) en las siguientes circunstancias:

- El menor tiene menos de 18 años de edad.
- El menor no ha solicitado la atención para condiciones protegidas según el Artículo 21.5 del Capítulo 90 de los Estatutos Generales de Carolina del Norte (N.C. Gen. Stat. § 90-21.5), o solicitado restricciones al acceso a la información para la que tienen el derecho legal de controlar el acceso incluyendo atención por enfermedades transmitidas sexualmente u otras enfermedades contagiosas reportables, embarazo, abuso de sustancias controladas o alcohol o trastornos emocionales.
- El menor no está casado ni legalmente emancipado.
- El menor no es miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos.

**NOMBRE DEL MENOR** (Escriba el nombre completo): \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento** (MM-DD-AAAA): \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **NSS:** xxx-xx-

**\*\* Se requieren formularios separados para cada persona que solicite autorización por poder\*\***

**PADRE/TUTOR LEGAL** (Escriba el nombre completo): \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento** (MM-DD-AAAA): \_\_\_\_\_

**Relación** (Marque una):  Padre  Madre  Tutor Legal (incluya copia del documento de tutelaje legal)

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Reconocimiento del padre/tutor legal – Cuenta de dependiente de MyChart (Registro de un menor):**

*Al firmar más abajo, certifico y reconozco por la presente y estoy de acuerdo con cada una de las siguientes (por favor lea y marque cada casilla):*

- Soy el padre con la custodia o tutor legal nombrado por el tribunal del menor identificado más arriba y estoy legalmente autorizado a acceder su información médica protegida.
- No existe una orden judicial ni otros documentos legales que restrinjan mi acceso a la información médica de este menor u otra información protegida.
- Entiendo que, sin el consentimiento de mi hijo/a, no tengo derecho a acceder registros protegidos relacionados con la prevención, diagnóstico y tratamiento de: 1) enfermedades venéreas u otras enfermedades contagiosas; 2) embarazo; (3) abuso de sustancias controladas o alcohol; o 4) trastorno emocional.
- También acuerdo notificar inmediatamente a la Oficina de Privacidad de FirstHealth of the Carolinas en caso de que mi derecho legal al acceso de los registros de mi hijo/a cambien de esta manera: 1) mi menor solicita tratamiento por cualquier condición protegida mencionada más arriba y no brinda el consentimiento a mi acceso; 2) mi menor cumple 18 años de edad; 3) mi menor se casa; 4) mi menor logra la emancipación legal; 5) mi menor es miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos; 6) se revocan mis derechos a la paternidad o mi tutelaje legal es terminado, revocado o vencido; o 7) deseo revocar mi acceso.
- He leído y cumpliré los Términos y Condiciones de MyChart de FirstHealth anunciados en línea.

\_\_\_\_\_  
*Firma del padre/madre o tutor legal*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Hora*

\_\_\_\_\_  
*Firma del testigo*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Hora*

**Original: Patient Chart**

RETURN THIS FORM VIA E-MAIL (<mailto:mychartsupport@firsthealth.org>), FAX (910-235-7808), or mail to  
FirstHealth of the Carolinas Privacy Office PO Box 3000, Pinehurst, NC 28374