

**Formulario de Consentimiento de Adulto como Representante Legal de Niños/Adolescentes**  
**Solicitud de acceso para RWJBarnabas Health MyChart**

RWJBarnabas Health se complace en ofrecerle información de miembro a través de una versión web de nuestro sistema informático llamado RWJBarnabas Health MyChart. La información almacenada en RWJBarnabas Health MyChart no es el registro médico electrónico completo.

- Ofrecemos el mismo grado de confidencialidad a la información médica almacenada en RWJBarnabas Health MyChart tal como se proporciona a la información médica almacenada por RWJBarnabas Health en cualquier otro medio. RWJBarnabas Health se compromete a proteger la confidencialidad de su información médica. Como usuario de RWJBarnabas Health MyChart, su función en el mantenimiento de la seguridad de su información médica es:

1. Cambiar su contraseña de forma regular.
2. Mantener la confidencialidad de su nombre de usuario y contraseña.

- Los pacientes que son usuarios de RWJBarnabas Health MyChart deben saber que se les notificará por correo electrónico cuando haya nueva información médica para ser vista en RWJBarnabas Health MyChart.

- Por favor, comprenda que la persona que solicita acceso a la cuenta de MyChart de RWJBarnabas Health del paciente tendrá acceso completo a los **diagnósticos, resultados de laboratorio, citas y posible información médica confidencial que está disponible en MyChart de RWJBarnabas Health**. (Por ejemplo, podría haber información relacionada con planificación familiar, embarazo, alcohol, drogas y enfermedades de transmisión sexual).

- Para **los niños** menores de trece (13) años, **un padre debe firmar** un Consentimiento para representarlo en persona en el Departamento de Información de Salud (HIM, por sus siglas en inglés) o al momento de registrarse en una de nuestras instalaciones. El acceso cambiará a "Solo administrador" cuando el niño cumpla 13 años.

- Para el acceso clínico a **menores** de entre 13 y 18 años, el **menor debe firmar** un Consentimiento para el representante, ya sea en persona en el Departamento de Información de Salud (HIM), o durante registro. Si esto no se puede hacer en persona, el Departamento de Información de Salud (HIM) debe recibir el Consentimiento de representación con la firma notariada del menor o una copia de una identificación que contenga la firma del menor. El menor tendrá la capacidad de revocar el acceso clínico en cualquier momento a través de RWJBarnabas Health MyChart.

- Una vez que el menor cumpla los 18 años, el apoderado ya no tendrá acceso a su cuenta MyChart de RWJBarnabas Health, a menos que el menor otorgue permiso enviando una invitación a través de Share My Record en RWJBarnabas Health MyChart o se le proporcione un poder médico.

- Si la relación legal del apoderado con el titular de la cuenta cambia, el titular de la cuenta debe informar a la clínica de inmediato o enviar una notificación por escrito a:

RWJBarnabas Health  
2 Crescent Place  
Oceanport, NJ 07757  
Attn: Corporate H.I.M.

RWJBarnabas Health se reserva el derecho de revocar el acceso de proxy en cualquier momento y por cualquier motivo.

- Dicho acceso solo se otorgará a las partes con derechos parentales o representación legal sobre el titular de la cuenta RWJBarnabas Health MyChart y solo en la medida en que la parte que solicita el acceso de representante pueda demostrar el derecho legal a la información médica del titular de la cuenta.

**Adulto que solicita acceso a RWJBarnabas Health MyChart para niños / adolescentes**  
**Formulario de consentimiento de cuenta proxy**

Proporcione la siguiente información a continuación. Si solicita acceso para más de 1 niño, deberá completar un formulario adicional por niño. El padre debe tener una cuenta activa en MyChart de RWJBarnabas Health antes de obtener acceso de proxy. Puede registrarse para obtener una cuenta, independientemente si alguna vez ha sido paciente en RWJBarnabas Health.

**Información del padre / Representante legal (persona que solicita acceso):**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_

Relación con el menor: \_\_\_\_\_

---

**Proporcione información de la cuenta MyChart de RWJBarnabas Health del niño a la que solicita acceso:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

PCP: \_\_\_\_\_ MRN (si está disponible): \_\_\_\_\_

**He leído y entiendo los términos y condiciones de MyChart de RWJBarnabas Health y el consentimiento a los términos detallados anteriormente.**

Firma del padre / Representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del menor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Necesario si tiene entre 13 y 18 años)