

1. Información del progenitor(a)/tutor:

Nombre del progenitor(a) / tutor (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____

Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección física: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Número telefónico _____

2. Menor para quien se solicita el acceso y relación que tiene con el menor

Menor:

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: La misma del progenitor(a) arriba indicada

Dirección física: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Por favor marque la casilla que aplique:

- Progenitor(a) (casado(a) con el otro progenitor(a) del menor o nunca casado(a) con todos los derechos legales)
- Tutor legal
- Progenitor(a) divorciado(a) o sin haberse casado con responsabilidad parental única/compartida
- Poder legal para el cuidado de la salud

3. Autorización para revelar información en LH MyChart (Sección del menor):

NOTA: Si tanto el progenitor(a) o tutor legal como el hijo(a) menor no dan mutuo consentimiento a que ambas partes tengan acceso a *MyChart*, entonces no se le otorgará acceso a ninguna de las partes.

Yo _____ (nombre del paciente) por el presente autorizo el uso o divulgación de mi información médica protegida. Comprendo que esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmarla.

El propósito de esta autorización es permitir al Usuario Autorizado nombrado arriba acceso a todo el contenido de mi cuenta MyChart, de Lee Health & Community Connect Partners, y toda mi información médica protegida y demás datos contenidos en dicha cuenta.

Comprendo que Lee Health, y sus Entidades Cubiertas Afiliadas, y a sus socios de Community Connect no puede exigir la completación de esta Autorización como condición para la prestación de tratamientos, pagos, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios.

Comprendo que la información en mi expediente médico de MyChart, de Lee Health, y sus Entidades Cubiertas Afiliadas, y a sus socios de Community Connect, puede incluir datos relacionados con enfermedades de transmisión sexual, embarazos, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de conducta o salud mental, y tratamientos para el abuso de sustancias y alcohol.

Comprendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una redivulgación no autorizada y dicha información puede no estar protegida por las reglas de confidencialidad federales o estatales.

Comprendo que tengo la capacidad de revocar esta Autorización en cualquier momento a través de mi cuenta MyChart, de Lee Health, y sus Entidades Cubiertas Afiliadas, y a sus socios de Community Connect, o mediante un aviso por escrito dirigido a: Privacy Officer, Compliance Department, P.O. Box 2218, Fort Myers, FL 33902. Mi revocación entrará en vigor a partir de su recepción, pero no surtirá efecto en cualesquiera actos realizados antes de la entrada en vigor de la fecha de revocación tomando como base esta autorización.

Comprendo que esta Autorización se revocará el día en que yo cumpla 18 años de edad, a no ser que elija revocarla antes de dicha fecha.

Por medio de la presente, yo y mis sucesores o cesionarios liberamos al Lee Health, sus entidades cubiertas afiliadas, a sus afiliados, empleados, representantes, agentes, directivos, miembros de la Junta Directiva, voluntarios y a toda otra persona que participe en mis cuidados, y a sus sucesores y cesionarios, de cualquier y toda responsabilidad incluyendo reclamaciones por difamación o invasión de la privacidad, directa o indirectamente conectadas con, surgiendo a raíz de, o como resultado de la toma y el uso autorizado de mi información en *LH MyChart*.

Comprendo que esta autorización debe estar completamente llenada, firmada y fechada para que se considere válida.

Firma del paciente menor

Fecha/Hora

Nombre con letra de molde del paciente menor

4. Documentación requerida (Sección del progenitor(a)):

Si usted es el Tutor Legal, un Progenitor Divorciado con Custodia Parental Única o Compartida, tiene un Poder Legal para el Cuidado de la Salud del menor u otra documentación que le permitiría el acceso a la información médica del menor, es posible que le soliciten que proporcione a LH una copia del documento legal junto con esta solicitud de acceso parental. Certifico que ninguna Orden Judicial ha restringido mis derechos legales a los expedientes médicos solicitados.

Comprendo que cuando el menor cumpla 18 años de edad, el acceso parental a *MyChart* terminará.

Otorgo permiso para que mi hijo(a) menor tenga acceso a su propio Expediente Médico *LH MyChart*. Comprendo que mi hijo(a) menor puede revocar mi acceso parental en cualquier momento por cualquier razón.

Firma del progenitor / usuario autorizado

Fecha/Hora

Nombre con letra de molde del progenitor / usuario autorizado