

Este formulario es para el acceso a la cuenta en Lee Health MyChart de su hijo (menor de 12 años).

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(es) para quien(es) se solicita el acceso y relación que tiene con el menor(es)

Menor 1:

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 del paciente: _____
 Por favor marque la casilla aplicable:
 Progenitor(a) (casado(a) con el otro progenitor(a) del menor o nunca casado(a) con todos los derechos legales
 Tutor legal Poder legal para el cuidado de la salud
 Progenitor(a) divorciado(a) o sin haberse casado con responsabilidad parental única/compartida
 Otro

Menor 2:

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 del paciente: _____
 Por favor marque la casilla aplicable:
 Progenitor(a) (casado(a) con el otro progenitor(a) del menor o nunca casado(a) con todos los derechos legales
 Tutor legal Poder legal para el cuidado de la salud
 Progenitor(a) divorciado(a) o sin haberse casado con responsabilidad parental única/compartida
 Otro

Menor 3:

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 del paciente: _____
 Por favor marque la casilla aplicable:
 Progenitor(a) (casado(a) con el otro progenitor(a) del menor o nunca casado(a) con todos los derechos legales
 Tutor legal Poder legal para el cuidado de la salud
 Progenitor(a) divorciado(a) o sin haberse casado con responsabilidad parental única/compartida
 Otro

3. Documentación requerida:

Si usted es el Tutor Legal, un Progenitor(a) Divorciado(a) con Custodia Parental Única o Compartida, tiene un Poder Legal para el Cuidado de la Salud para el menor u otra documentación que le permitiría el acceso a la información médica del menor, es posible que le requieran que proporcione a Lee Health, y sus Entidades Cubiertas Afiliadas, y a sus socios de Community Connect una copia del documento legal con esta solicitud para el acceso parental.

Comprendo que cuando el menor cumpla 12 años, se le dará término al acceso parental a Lee Health, y sus Entidades Cubiertas Afiliadas, y a sus socios de Community Connect *MyChart*. Si estoy solicitando los documentos como el Progenitor Casado del Menor o Progenitor sin Haberse Casado con Todos los Derechos Legales, certifico que mis derechos legales a los expedientes médicos solicitados no han sido restringidos por ninguna Orden Judicial.

 Firma del progenitor / usuario autorizado _____
 Fecha/Hora