



**SOLICITUD DE ACCESO AL RÉCORD DE UN MENOR
(17 AÑOS DE EDAD O MENOS)
(MINOR PROXY FORM - AGE 17 AND UNDER)**

PLACE PATIENT LABEL HERE

FILL OUT BOXES BELOW ONLY IF PATIENT LABEL IS NOT AVAILABLE

Nombre (Apellidos, primer nombre) <i>Name (Last, First)</i>	Número de record (MR #)	Fecha de nacimiento (DOB)	Fecha/Date	Hora/Time AM/PM
---	-------------------------	---------------------------	------------	--------------------

Información para la persona que está pidiendo acceso a:

- Portal de pacientes **MyLVHN**
- Portal para pacientes hospitalizados **MyChart Bedside**

- Entiendo que las plataformas *MyLVHN* y *MyChart Bedside* no se deberán usar para emergencias médicas ni para situaciones de urgencia.
- Entiendo que la autorización que tengo en *MyLVHN* me da acceso a la información médica personal del menor indicado en este formulario (17 años de edad o menos).
- La plataforma *MyChart Bedside* me da acceso a la información médica personal del menor indicado en este formulario (17 años de edad o menos) mientras él o ella esté hospitalizado(a).
- La información que veré en *MyLVHN* me permitirá tener un rol más activo en la atención médica del menor de edad. Entiendo que esa información no contiene el récord médico completo del menor, pero que puedo pedir una copia electrónica o impresa del récord médico en el consultorio del médico.
- Entiendo que todo lo que yo haga dentro de las plataformas *MyLVHN* y *MyChart Bedside* será rastreado con auditorías de computadora y que toda la información que agregue puede volverse parte del récord médico del niño o la niña.
- Entiendo que se requiere una petición por escrito para cancelar o revocar esta autorización, y que cualquier acción tomada, o cualquier acceso hecho antes de la cancelación, habrá sido autorizado por mi firma y fecha en la Solicitud de Acceso al Récord de un Menor (*Minor Proxy Form*).
- Entiendo que la *Lehigh Valley Health Network* tiene derecho a revocar el acceso a *MyLVHN* o *MyChart Bedside* en cualquier momento por motivos de uso indebido del sistema. Entiendo que cuando el menor cumpla 18 años, mi acceso a su cuenta en *MyLVHN* y *MyChart Bedside* quedará automáticamente cancelado, y que para yo tener acceso a esa información, se requiere que él o ella lo autorice llenando una Solicitud de Acceso al Récord de un Adulto (*Adult Proxy Form*).
- Entiendo que si mi hijo o hija se emancipa/independiza antes de cumplir 18 años, mi acceso a sus récords médicos en las plataformas *MyLVHN/MyChart Bedside* quedará inmediatamente cancelado y él o ella deberá llenar una autorización nueva para otorgarme acceso.

He leído y entiendo todos los requisitos y procedimientos para tener acceso al récord médico de un menor en línea, según se indican en este formulario.

Certifico que toda la información que he proporcionado es correcta. Por este medio pido acceso al récord médico de mi hijo(a) en línea.

Nombre del Menor de Edad _____ Fecha de Nacimiento _____

Ya le proporcioné a la *Lehigh Valley Health Network* los documentos legales para establecer que soy el padre/la madre/un encargado legal del menor a cuya información tendré acceso en las plataformas *MyLVHN/MyChart Bedside*.

X _____
Firma del Padre/Encargado Fecha (Mes/día/año) Hora

Office Use Only Patient's Medical Record Number: <input type="checkbox"/> Proxy Accounts Linked <input type="checkbox"/> Form Scanned
--