



# MYCHART PROXY ACCESS FORM: TEEN

To provide your parent/guardian proxy access to your MyChart account, please complete this form in its entirety. A MyChart account will be established for your parent/guardian, through which your parent/guardian will have proxy access to your MyChart records.

After this form has been filled out, please return it to Confluence Health (the mailing address and fax number are listed at the bottom of the form). An activation code will be mailed to you, which your parent/guardian must use to complete the registration process online at <https://mychart.confluencehealth.org/MyChart/>

**1) Parent/Guardian ("Proxy") Information:** If the Proxy sees providers at the Organizations, the Proxy needs to also complete the Enrollment Form if not already completed.

Name (last, first, middle initial) \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Primary Provider \_\_\_\_\_

**2) Proxy Access Request:**

Please note the following age range limitations for MyChart:

- If your teen is age 13-17, you will be granted partial access to his/her MyChart record (e.g., immunizations).
- Once your teen reaches age 18, you will no longer have access to his/her MyChart record, you will no longer have access to his/her MyChart record.

These limitations do not affect any legal right you have to access your teen's record by other means. To request a paper copy of your teen's record, please contact the Medical Records Department.

By signing below, I acknowledge and agree that:

- I will be using my own MyChart account at the Organization to access this Teen's MyChart account.
- I will keep my password confidential and not share this information with anyone.
- I have not been denied periods of physical placement with the Teen and there are no court orders or restraining orders in effect limiting my access to this Teen's medical records and/or information.
- Communications on behalf of the Teen through MyChart must be sent from the Teen's record and responses will be received in the Teen's record. MyChart e-mail alerts will be sent to the e-mail address entered under Parent/Guardian ("Proxy") Information.
- I have completed the MyChart Authorization for Use or Disclosure of Electronic Protected Health Information.

\_\_\_\_\_  
Proxy Signature (Required)

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient (Required)

\_\_\_\_\_  
Date (Required)

\_\_\_\_\_  
Teen's Signature (Required)

\_\_\_\_\_  
Date (Required)

**Please provide the following information about yourself:**

A. Teen's Name (last, first, middle initial) \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Last four digits of SSN \_\_\_\_\_ Primary Provider \_\_\_\_\_

Fax completed form to (509) 665-3494 or mail to:

Confluence Health  
Patient Services Department  
PO Box 361, Wenatchee, WA 98807-0361



## Formulario de Acceso de Representante a MyChart: Adolescente

Para proporcionarle el acceso a tu cuenta de MyChart a tu padre/madre/tutor representante, completa este formulario en su totalidad. Se configurará una cuenta MyChart para tu padre/madre/tutor a través de la cual tu padre/madre/tutor tendrá acceso de representante a tus registros de MyChart.

Después de completar este formulario, entrégalo a Confluence Health (la dirección postal y el número de fax se indican al final del formulario). Se te enviará por correo un código de activación que tu padre/madre/tutor debe usar para completar el proceso de registro en línea en <https://mychart.confluencehealth.org/MyChart/>

**1) Información de padre/madre/tutor (“Representante”):** Si el Representante consulta proveedores en las Organizaciones, el Representante también debe completar el Formulario de Inscripción si aún no lo completó.

**Nombre** (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código postal** \_\_\_\_\_ **Phone** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico** \_\_\_\_\_ **Proveedor de Atención Primaria** \_\_\_\_\_

**2) Solicitud de acceso de representante:**

Tenga en cuenta las siguientes limitaciones de rango de edad para MyChart:

- Si su adolescente tiene entre 13 y 17 años de edad, se le concederá acceso parcial a su registro MyChart (por ejemplo, inmunizaciones).
- Cuando su adolescente cumpla 18 años, usted ya no tendrá acceso a su registro MyChart.

Estas limitaciones no afectan ninguno de los derechos legales que tenga de acceder al registro de su adolescente por otros medios. Para solicitar una copia impresa del registro de su adolescente, comuníquese con el Departamento de Registros Médicos.

Al firmar a continuación, reconozco y acepto que:

- Usaré mi propia cuenta MyChart en la Organización para acceder a la cuenta MyChart de este adolescente.
- Mantendré mi contraseña confidencial y no compartiré esta información con nadie.
- No se me han negado períodos de cuidado y convivencia con el adolescente y no existe ninguna orden judicial ni órdenes de restricción vigentes que limiten mi acceso a los registros médicos y/o información de este adolescente.
- Las comunicaciones en nombre del adolescente a través de MyChart deben enviarse desde el registro del adolescente y las respuestas se recibirán en el registro del adolescente. Las alertas por correo electrónico de MyChart se enviarán a la dirección de correo electrónico ingresadas en la sección de información del padre/madre/tutor (“Representante”).
- He completado la Autorización de MyChart para el uso o Divulgación de Información de Salud Protegida Electrónica

\_\_\_\_\_  
**Firma del representante** (Obligatoria)

\_\_\_\_\_  
**Relación con el paciente** (Obligatoria)

\_\_\_\_\_  
**Fecha** (Obligatoria)

\_\_\_\_\_  
**Firma del adolescente** (Obligatoria)

\_\_\_\_\_  
**Fecha** (Obligatoria)

**Por favor, proporcione la siguiente información acerca de usted:**

**A. Nombre del adolescente** (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

**Últimos cuatro dígitos de su Seguro Social** \_\_\_\_\_ **Proveedor de Atención Primaria** \_\_\_\_\_

Enviar el formulario completado por fax al **(509) 665-3494** o por correo postal a:

Confluence Health  
Patient Services Department  
PO Box 361, Wenatchee, WA 98807-0361