



MYCHART PROXY ACCESS FORM: CHILD

To sign up for MyChart proxy access for your child’s records, you need to complete this form. You must also have your own MyChart account established for access.

After this form has been filled out, please return it to Confluence Health (the mailing address, email address and fax number are listed at the bottom of the form).

1) Parent’s Information: Parent/Legal 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: Adult to Child: My Relationship to the Child/Teen is as follows: Parent OR Permanent Legal Guardian of the Patient – Must attach a copy of the Court Order Appointing Guardian and Letters of Guardianship verifying the Proxy’s status as permanent legal guardian of the patient.

Please note the following age range limitations for MyChart:

- If your child is age 0-11, you will be granted full access to his/her MyChart record.
- If your child is age 12-17, you will be granted partial access to his/her MyChart record (e.g., immunizations).
 - If you want full access to your Teen’s MyChart account, your teen will need to grant this through their MyChart account.
- Once your child reaches age 18, you will no longer have access to his/her MyChart record.

These limitations do not affect any legal right you have to access your child’s record by other means. To request a paper copy of your child’s record, please contact the Health Information Management Department.

By signing below, I acknowledge and agree that:

- I will be using my own MyChart account at the Organization to access this Child’s MyChart account.
- I will keep my password confidential and not share this information with anyone.
- I must have parental rights and legal guardianship rights to access this child’s record.
- I have not been denied periods of physical placement with the Child and there are no court orders or restraining orders in effect limiting my access to this Child’s medical records and/or information.
- Communications on behalf of the Child through MyChart must be sent from the Child’s record and responses will be received in the Child’s record. MyChart e-mail alerts will be sent to the e-mail address entered under Parent/Legal 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)

Please provide the following information for your child:
(NOTE: If you have more than one child for whom you would like MyChart access, please complete additional forms.)

A. Name (last, first, middle initial) _____ Date of Birth _____
Last four digits of SSN _____ Primary Provider _____

Fax completed form to **(509) 436-3047** or email to SM_MyChartProxyForms@confluencehealth.org or mail to:

Confluence Health
HIM
PO Box 361, Wenatchee, WA 98807

<p style="text-align: center;">For Official Use:</p> <p>I have received a copy of the required legal verification.</p> <p>Date _____ Initials _____</p> <p>Please send all Proxy requests to Health Information Management to be processed.</p>
--



FORMULARIO DE ACCESO DEL APODERADO A MYCHART: NIÑO

Para inscribirse en el acceso del apoderado a MyChart para el expediente de su hijo, debe rellenar este formulario. También debe tener su propia cuenta MyChart establecida para acceder.

Después de rellenar este formulario, devuélvalo a Confluence Health (la dirección postal, la dirección de correo electrónico y el número de fax están al final del formulario).

1) Información de los padres: Información del padre/madre/tutor legal ("Apoderado"): Si el Apoderado se atiende con proveedores en las Organizaciones, también debe rellenar el Formulario de inscripción si aún no lo ha hecho.

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

Dirección _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código postal** _____ **Teléfono** _____

Correo electrónico _____ **Proveedor principal** _____

2) Solicitud de acceso del apoderado: De adulto a niño: Mi relación con el niño/adolescente es la siguiente: Padre/madre O tutor legal permanente del paciente (debe adjuntar una copia de la Orden judicial de nombramiento como apoderado y las Cartas de tutela que verifiquen la condición del Apoderado como tutor legal permanente del paciente).

Tenga en cuenta las siguientes limitaciones de edad para MyChart:

- Si su hijo tiene entre 0 y 11 años, tendrá acceso completo a su expediente de MyChart.
- Si su hijo tiene entre 12 y 17 años, se le dará acceso parcial a su expediente de MyChart (por ejemplo, las vacunas).
 - Si quiere tener acceso completo a la cuenta de MyChart de su adolescente, este tendrá que dárselo a través de su cuenta de MyChart.
- Cuando su hijo cumpla 18 años, usted dejará de tener acceso a su expediente de MyChart.

Estas limitaciones no afectan a ningún derecho legal que usted tenga de acceder al expediente de su hijo por otros medios. Para solicitar una copia impresa del expediente de su hijo, póngase en contacto con el Departamento de Gestión de la Información (Médica Health Information Management Department).

Al firmar abajo, reconozco y acepto que:

- Utilizaré mi propia cuenta de MyChart en la Organización para acceder a la cuenta de MyChart de este niño.
- Mantendré mi contraseña confidencial y no compartiré esta información con nadie.
- Debo tener la patria potestad y los derechos de tutela legal para acceder al expediente de este niño .
- No se me han negado períodos de estancia física con el niño y no existen órdenes judiciales ni órdenes de restricción en vigor que limiten mi acceso a los expedientes médicos o a la información de este niño.
- Las comunicaciones en nombre del niño a través de MyChart deben enviarse desde el expediente del niño y las respuestas se recibirán en el expediente del niño. Las alertas por correo electrónico de MyChart se enviarán a la dirección de correo electrónico escrita en Información del padre/madre/tutor legal ("Apoderado").
- He rellenado la Autorización de MyChart para el uso o revelación de información electrónica protegida sobre la salud.

Firma del apoderado (*Obligatorio*)

Relación con el paciente (*Obligatorio*)

Fecha (*Obligatorio*)

Proporcione la siguiente información sobre su hijo:

(NOTA: Si tiene más de un hijo para el que quiere tener acceso a MyChart, rellene formularios adicionales)

A. Nombre (*apellido, nombre, inicial del segundo nombre*) _____ **Fecha de nacimiento** _____

Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN) _____ **Proveedor principal** _____

Envíe el formulario rellenado por fax al **(509) 436-3047** o por correo electrónico a SM_MyChartProxyForms@confluencehealth.org o por correo postal a:

Confluence Health
HIM
PO Box 361, Wenatchee, WA 98807

For Official Use:
I have received a copy of the required legal verification.
Date _____ Initials _____
Please send all Proxy requests to Health Information Management to be processed.