



**Información sobre el adolescente**

Nombre del adolescente (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Nombres anteriores: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 N.º de teléfono particular: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Información sobre padre/madre/tutor legal**

Nombre del padre/madre/tutor legal (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Nombres anteriores: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 N.º de teléfono particular: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente adolescente:

- Padre o madre con custodia (*Custodial Parent*)
- Padre o madre sin custodia (*Non-Custodial Parent*)
- Tutor legal (este formulario debe estar acompañado de una copia de documentos legales que verifiquen la tutela legal) (*Legal Guardian (this form must be accompanied by a copy of legal paperwork verifying legal guardianship)*)

**Permiso para que el adolescente acceda a MyChart**

- Concedo permiso para que mi adolescente (de edad entre 14 y 17 años) acceda a su información médica al crear su propia cuenta en MyChart. (*I grant permission for my teen (age 14 to 17) to access his/her medical information by creating his/her own MyChart account.*) Entiendo que:
- **MyChart NO es un sistema de respuesta para emergencias ni debe usarse para enviar mensajes de urgencia o emergencia.**
  - La información del expediente médico de mi adolescente puede incluir información que se relacione con una enfermedad de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Asimismo, puede incluir información acerca de servicios de comportamiento o salud mental y sobre tratamiento para el consumo de alcohol o drogas.
  - Cuando concedo permiso a mi adolescente para que cree su propia cuenta en MyChart, lo hago de forma voluntaria. Puedo negarme a firmar este formulario. Ni Inova ni Valley Health condicionarán ningún tratamiento, pago ni otros servicios de atención médica a que proporcione este formulario.
  - Este permiso será válido hasta que mi adolescente cumpla 18 años o hasta que el padre, la madre o el tutor legal lo anulen. Puede anularse en cualquier momento si se avisa por escrito como se describe más adelante. El acceso a MyChart se desactiva de forma automática cuando se marca el fallecimiento del paciente.
  - No tendré acceso a la información de la cuenta en MyChart de mi adolescente, a menos que llene aparte un acceso como representante a los expedientes médicos mediante MyChart y mi adolescente me lo conceda. Para tener acceso como representante, debo tener mi propia cuenta en MyChart. Si mi adolescente se niega a concederme el acceso como representante o decide anularlo, todavía podrá acceder a su propia información a través de MyChart hasta que yo anule este permiso al enviar un aviso por escrito como se especifica más adelante.
  - La información médica contiene la posibilidad de divulgaciones no autorizadas. Si esto sucede, la información no contará con la protección de las normas federales sobre confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de información médica, puedo comunicarme con el departamento de cumplimiento (*Compliance Department*) de Inova al 703-205-2337 o con Valley Health al 844-601-1872.
  - Para que este formulario se considere válido, debe estar totalmente lleno, firmado y fechado. La activación del acceso del adolescente en MyChart se debe producir en un plazo de 30 días a partir de la fecha indicada en este formulario.

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: \_\_\_\_\_  
 Date of Birth: \_\_\_\_\_ Medical Record #: \_\_\_\_\_  
 Gender:  Male  Female

- Inova
- Valley Health

**Permiso o anulación del permiso para el acceso de un adolescente a MyChart**

Permission or Revocation for Teen Access to MyChart

SPANISH



**Términos y condiciones:**

- MyChart se utiliza como fuente segura en línea de información médica confidencial. Le informaré a mi adolescente que compartir su identificación y contraseña de MyChart se desaconseja firmemente, ya que puede comprometer información médica personal. En caso de que mi adolescente comparta su identificación y contraseña de MyChart con otra persona, esa persona podrá ver su información de salud. Ni Inova ni Valley Health son responsables de ninguna violación de la privacidad que se pueda ocasionar por dicho intercambio.
- Entiendo que seleccionar una contraseña confidencial, mantenerla segura y cambiarla si cree que puede haber sido comprometida de alguna manera es responsabilidad de mi adolescente.
- Entiendo que MyChart contiene información médica limitada y seleccionada a partir del expediente médico del paciente, y que no refleja el contenido completo de dicho expediente. También entiendo que puede solicitarse una copia en físico del expediente médico de un paciente al departamento de gestión de la información sobre la salud (*Health Information Management Department*) (Departamento de Expedientes Médicos (*Medical Records Department*)).
- Entiendo que las actividades de mi adolescente en MyChart se pueden rastrear con auditoría por computadora, y que las entradas que haga pueden formar parte del expediente médico del paciente.
- Entiendo que el acceso a MyChart es proporcionado por Inova y Valley Health para la conveniencia de sus pacientes, y que Inova y Valley Health tienen el derecho de desactivar el acceso a MyChart en cualquier momento y por cualquier motivo.

**Anulación del acceso del adolescente a MyChart**

- Anulo el permiso para que mi adolescente (de edad comprendida entre 14 y 17 años) acceda a su información médica mediante su propia cuenta en MyChart (*I revoke permission for my teen (age 14 to 17) to access his/her medical information through his/her own MyChart account*). Entiendo que:
- Es mi responsabilidad presentar este formulario ante el personal de Inova o Valley Health.
  - La desactivación de la cuenta de MyChart de mi adolescente puede tardar hasta 3 días hábiles desde el momento en el que Inova o Valley Health reciba este formulario.
  - Cuando se desactiva la cuenta de MyChart de mi adolescente también se desactivará el acceso de los padres o tutor legal que hayan sido nombrados representantes.

Al firmar a continuación, certifico que soy el padre, la madre o el tutor legal del paciente adolescente mencionado anteriormente. Reconozco que he leído y que entiendo el contenido de este formulario, y estoy de acuerdo con todos los términos. Además, acepto eximir y liberar, en mi nombre y en el de mi adolescente, de todos y cada uno de los reclamos o medidas que se relacionen de alguna manera con el uso o la desactivación de MyChart al médico, a Inova o Health Valley y sus entidades afiliadas y a sus ejecutivos, directores, empleados, agentes, sucesores y cesionarios.

\_\_\_\_\_  
**Padre/madre/tutor legal** (firma)  
(*Parent/Legal Guardian*) (*signature*)

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
(*Date*) (*Time*)

\_\_\_\_\_  
**Padre/madre/tutor legal** (nombre en letra de imprenta)  
(*Parent/legal guardian*) (*print name*)

Parentesco: \_\_\_\_\_  
(*Relationship*)

**Información sobre el intérprete** para que el personal de Inova o Valley Health la complete (si corresponde)  
*Interpreter Information (if applicable) To be Completed by Inova Staff*

In person     Telephonic     Video    Interpreter name/ID number (if applicable) \_\_\_\_\_

Patient/Designated Decision Maker was offered and refused interpreter     Waiver signed

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Medical Record #: \_\_\_\_\_

Gender:  Male  Female

**Inova  
Valley Health**  
**Permiso o anulación del permiso para el  
acceso de un adolescente a MyChart**  
Permission or Revocation for Teen  
Access to MyChart **SPANISH**

