



## MYCHART CHILD PROXY ACCESS REQUEST FORM AGES 12 TO 17 YEARS

**This form must be submitted to a Denver Health and Hospital Authority staff member in person by the patient.**

I understand that submitting this completed form allows my parent/guardian to act as a substitute (a "proxy") to get information about my health. I understand that the information he/she may access is confidential and kept safe through a secure electronic system called "MyChart" used by Denver Health and Hospital Authority (DHHA). I agree to and will follow the terms and conditions of using MyChart, which are available to review within the MyChart application.

**Important Note:**

- *The Proxy is expected to follow the terms and conditions on the MyChart web page*
- *The Proxy will be required to log into MyChart using his/her own username and password*
- *Communications conducted through MyChart by the Proxy will become part of the patient's medical record*
- *Access granted by this form will expire each year on the patient's birthday until he/she turns 18 years old*
- *Notify DHHA Health Information Management in writing immediately if the proxy's legal authority to act on behalf of the patient is inactivated, revoked, terminated, or expired*
- *If a child is 12 years of age or older but has special needs and is unable to manage his/her own healthcare, the child's parents/guardians are allowed to maintain full proxy access to all aspects to the child's MyChart account. Please contact the Health Information Management Department at 303-602-8000 or DH\_HIM@dhha.org to set up this type of access.*

**Proxy Information:**

**Relationship to Patient**

- Parent (Proxy must provide copy of photo ID.)
- Permanent Legal Guardian or Conservator ( Proxy must provide copy of photo ID and attach copy of the Legal Paperwork Appointing Guardianship or Conservatorship)

Have you been a patient at Denver Health?  Yes  No

Does he/she have an active Denver Health MyChart account?  Yes  No (If no, the proxy will need to set up an account. Clinic staff will be able to assist with this.)

Please print clearly and complete all items.

<b>Patient:</b>		<b>Proxy:</b>	
Full Name _____		Full Name _____	
Date of Birth _____	Med. Record # _____	Date of Birth _____	Gender _____
Address _____		Address _____	
City/State _____	Zip Code _____	City/State _____	Zip Code _____
Phone _____	E-mail _____	Phone _____	E-mail _____

**By checking this box I want my proxy (parent/guardian) to have full access to all aspects of my MyChart account, including appointments, test results and medication lists. I understand full access will expire on my birthdate each year and I will need to complete a new request form. If I choose to discontinue full access for my proxy, I can access my MyChart account to take away full access at any time.**

Patient signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Denver Health and Hospital Authority Staff Member:** If you are handed this form by a patient, please verify the patient's ID, and sign and date below. If you have the ability to grant proxy access, please do so immediately while the patient is present and check the box below (Access Granted). If you are not, please let the patient know that they will receive further communication from HIM. When complete, please send this form to the HIM Dept, MC 0296. **For questions, please call HIM at 303-602-8000.** Thank you.

**Confirmed By:** \_\_\_\_\_ (DHHA Employee signature/title) Date: \_\_\_\_\_

**Access Granted (No further action needed, please route to HIM for scanning)**

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACCESO A MYCHART PARA APODERADOS DE NIÑOS DE 12 A 17 AÑOS

**El paciente debe entregar en persona este formulario a un miembro del personal de Denver Health and Hospital Authority.**

Entiendo que la presentación de este formulario llenado permite que mi padre/madre/tutor actúe como apoderado ("proxy") para obtener información sobre mi salud. Entiendo que la información a la que él o ella puede tener acceso es confidencial y se mantiene protegida mediante un sistema electrónico seguro llamado "MyChart" usado por Denver Health and Hospital Authority (DHHA). Acepto y seguiré los términos y condiciones para el uso de MyChart, que pueden ser revisados en la aplicación de MyChart.

- Se espera que el proxy siga los términos y condiciones que están en la página web de MyChart.
- Se requerirá que el proxy ingrese en MyChart usando su propio nombre de usuario y contraseña.
- Las comunicaciones que el proxy realice a través de MyChart pasarán a formar parte del registro médico del paciente.
- El acceso otorgado por este formulario caducará cada año en el cumpleaños del paciente hasta que cumpla 18 años.
- Notifique de inmediato y por escrito a la Administración de Información de Salud (Health Information Management) de DHHA si se desactiva, revoca, termina o caduca la autoridad legal del apoderado para actuar en nombre del paciente.
- Si un niño tiene 12 años o más, pero tiene necesidades especiales y no puede administrar su propia atención médica, los padres o tutores del niño pueden mantener acceso completo de proxy a todos los aspectos de la cuenta de MyChart del niño. Puede comunicarse con el Departamento de Administración de Información de Salud (Health Information Management Department) llamando al 303-602-8000 o escribiendo DH\_HIM@dhha.org para configurar este tipo de acceso.

**Información del apoderado (proxy):**

Relación con el paciente

- Padre o madre (debe proporcionar una copia de una identificación con foto.)
- Tutor legal permanente (debe proporcionar una copia de una identificación con foto y adjuntar una copia de los documentos de tutela legal)

¿Ha sido su padre/madre/tutor paciente en Denver Health?     Sí     No

¿Tiene él o ella una cuenta activa de MyChart de Denver Health?     Sí     No (Si no la tiene, el proxy deberá configurar una cuenta. El personal de la clínica podrá ayudarle.)

Por favor escriba claramente en letra de imprenta y complete todos los datos.

<b>Paciente:</b>		<b>Apoderado (proxy):</b>	
Nombre completo		Nombre completo	
Fecha de nacimiento	No. de registro médico	Fecha de nacimiento	Género
Dirección		Dirección	
Ciudad/estado	Código postal	Ciudad/estado	Código postal
Teléfono	Correo electrónico	Teléfono	Correo electrónico

**Al marcar esta casilla, indico que quiero que mi proxy (padre/madre/tutor) tenga acceso completo a todos los aspectos de mi cuenta de MyChart, incluyendo citas, resultados de pruebas y listas de medicamentos. Entiendo que el acceso completo caducará en mi fecha de nacimiento cada año y tendré que llenar un nuevo formulario de solicitud. Si elijo interrumpir el acceso completo para mi proxy, puedo acceder a mi cuenta de MyChart para quitarle el acceso completo en cualquier momento.**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Denver Health and Hospital Authority Staff Member:** If you are handed this form by a patient, please verify the patient's ID, and sign and date below. If you have the ability to grant proxy access, please do so immediately while the patient is present and check the box below (Access Granted). If you are not, please let the patient know that they will receive further communication from HIM. When complete, please send this form to the HIM Dept, MC 0296. **For questions, please call HIM at 303-602-8000.** Thank you.

**Confirmed By:** \_\_\_\_\_ (DHHA Employee signature/title) **Date:** \_\_\_\_\_

**Access Granted (No further action needed, please route to HIM for scanning)**