



MYCHART CHILD PROXY ACCESS REQUEST FORM AGES 12 TO 18 YEARS

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

Important Note:

- Under the age of 12: Parents/Guardians will have full access to all aspects of the child's MyChart account, including appointments, provider messaging and test results.
- Ages 12-18: Parents/guardians will have limited access to the child's MyChart account. They will have the ability to message the child's provider(s), but they will not be able to view test results, appointments, etc. The 12-18 year old child will have full access to his/her own MyChart account.
- 18 years or older: Parents/guardians will no longer have any access to the MyChart account, while the patient will have full access to his/her own MyChart account. If the patient elects to provide parent with adult proxy access, an Adult Proxy Access Form must be completed.
- Special needs: 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.

Proxy Information:

Have you been a patient at Denver Health? Yes No

If yes, do you have an active Denver Health MyChart account? Yes No

(Proxies must have a MyChart account of their own in order to access their child's MyChart account.)

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)
- Medical Durable Power of Attorney (MDPOA) for Healthcare Decisions (Proxy must provide photo ID and copy of MDPOA).

Confirmed on Date _____

By: _____ (DHHA Employee signature/title)

Please print clearly and complete all items.

Patient:		Proxy:	
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 am requesting my proxy to have full access to all aspects of my MyChart account. I understand full access will expire on my birthdate each year and a new request for my proxy to have full access will need to be completed. If I choose to discontinue full access for my proxy I can access my MyChart account at any time to revoke full access.

Patient signature: _____ Date: _____

Proxy Understands and agrees to the following:

- I will follow the terms and conditions on the MyChart web Page.
- I must log into MyChart with my own user name and password.
- Communications conducted through MyChart will become part of the patient's medical record.
- My access to this patient's MyChart account will expire in accordance with the access policy outline above. Access to my child's chart will vary depending on my child's age. Access will expire on the child's 18th birthday, unless otherwise specified. Access granted by this form will expire on the child's 18th birthday; the child then has the option to grant Adult Proxy access.
- If I am a proxy acting on behalf of the patient because he/she is not able to make and understand health care decisions, I agree to notify DHHA in writing immediately at the address below if my legal authority to act on behalf of the patient is inactivated revoked, terminated or expired.

Proxy Signature: _____ Date: _____

Denver Health and Hospital Authority
Health Information Management Department
301 W. 6th Ave., MC 0296
Denver, Colorado 80204
DH_HIM@dhha.org



FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACCESO A MYCHART PARA APODERADOS DE MENORES DE ENTRE 12 Y 18 AÑOS DE EDAD

Soy el padre/la madre/el tutor legal del menor abajo mencionado. Entiendo que la presentación de este formulario completado me permite actuar como sustituto ("apoderado") para obtener información acerca de la salud de mi hijo. Entiendo que la información a la que yo acceda es confidencial y se mantiene segura mediante un sistema electrónico llamado "MyChart" que es utilizado por Denver Health and Hospital Authority (DHHA). Acepto y respetaré los términos de uso de MyChart, que están disponibles para que los revise dentro de la solicitud de MyChart.

Nota importante:

- Menores de 12 años: Los padres o tutores tendrán acceso total a todos los aspectos de la cuenta de MyChart del menor, inclusive las citas, los mensajes del proveedor y los resultados de las pruebas.
- Edades de 12 a 18 años: Los padres o tutores tendrán acceso limitado a la cuenta de MyChart del menor. Podrán enviar mensajes al proveedor o a los proveedores del menor, pero no podrán ver los resultados de las pruebas, las citas, etc. El menor, de 12 a 18 años, tendrá acceso total a su cuenta de MyChart.
- 18 años o más: Los padres o tutores ya no tendrán ningún tipo de acceso a la cuenta de MyChart, mientras que el paciente tendrá acceso total a su cuenta de MyChart. Si el paciente opta por otorgarle a uno de los padres acceso de apoderado, se deberá completar un formulario de Acceso de Apoderado Adulto.
- Necesidades especiales: Si un menor tiene 12 años de edad o más pero tiene necesidades especiales y no es capaz de manejar su propia atención médica, los padres o tutores podrán conservar el acceso completo de apoderado a todos los aspectos de la cuenta de MyChart del menor.

Información del apoderado:

¿Ha sido usted paciente de Denver Health? Sí No

Si la respuesta es sí ¿posee una cuenta activa de MyChart de Denver Health? Sí No

(Los apoderados deben poseer una cuenta de MyChart propia para poder acceder a la cuenta de MyChart de sus hijos).

Relación con el paciente

- Padre/madre (el apoderado debe proporcionar una copia de identificación con fotografía).
- Tutor o guardián legal permanente (el apoderado debe proporcionar una copia de una identificación con foto y adjuntar la copia de los documentos legales que designan al tutor o guardián).
- Poder notarial permanente sobre decisiones de atención médica (Medical Durable Power of Attorney, MDPOA) (el apoderado debe proporcionar identificación con fotografía y copia del MDPOA).

Confirmado en fecha _____

Por: _____ (Firma/cargo del empleado de DHHA)

Escriba con letra de imprenta clara y complete todos los ítems.

Paciente:		Apoderado:	
Nombre completo		Nombre completo	
Fecha de nacimiento	Núm. de registro médico	Fecha de nacimiento	Sexo
Domicilio		Domicilio	
Ciudad/Estado	Código postal	Ciudad/Estado	Código postal
Teléfono	Correo electrónico	Teléfono	Correo electrónico

Al marcar esta casilla solicito que mi apoderado tenga acceso total a todos los aspectos de mi cuenta de MyChart. Comprendo que el acceso total expirará cada año en la fecha de mi cumpleaños y deberé completar una nueva solicitud para que mi apoderado tenga acceso total. Si elijo interrumpir el acceso completo de mi apoderado, puedo acceder a mi cuenta de MyChart en cualquier momento para revocar el acceso total.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

El apoderado comprende y acepta las siguientes afirmaciones:

- *Cumpliré con los términos y condiciones que aparecen en la página web de MyChart.*
- *Debo iniciar sesión en MyChart con mi propio nombre de usuario y contraseña.*
- *Las comunicaciones realizadas a través de MyChart serán parte del registro médico del paciente.*
- *Mi acceso a la cuenta de MyChart de este paciente expirará de acuerdo con la política de acceso antes reseñada. El acceso al expediente de mi hijo variará según su edad. El acceso expirará el día del cumpleaños 18 del menor, a menos que se especifique lo contrario. El acceso otorgado por el presente formulario expirará el día del cumpleaños 18 del menor; a partir de ese momento, el menor tendrá la opción de otorgar acceso al apoderado adulto.*
- *Si soy un apoderado que actúa en representación del paciente porque no es capaz de comprender y tomar decisiones relacionadas con su atención médica, acepto notificar por escrito a DHHA, a la dirección indicada más adelante, si mi autoridad legal para actuar en representación del paciente es suspendida, revocada, rescindida o si expira.*

Firma del apoderado: _____ Fecha: _____

Denver Health and Hospital Authority
Health Information Management Department
301 W. 6th Ave., MC 0296
Denver, Colorado 80204
DH_HIM@dhha.org
Phone: 303-602-8000 • Fax: 303-602-8003