



## MYCHART CHILD PROXY ACCESS REQUEST FORM AGES 0 TO 11 YEARS

I am the legal parent/guardian/authorized agent 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.

**Relationship to Patient**

- Parent (Must provide copy of photo ID.)
- Permanent Legal Guardian or Conservator ( 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 (Must provide photo ID and copy of MDPOA).

**Important Note:**

- Parents/Guardians/authorized agents of children under 12 will have full access to all aspects of the child's MyChart account, including appointments, provider messaging and test results.
- Once the child turns 12, the level of access will change and a different Access Request Form **will be required**.

**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.)

**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 child's medical record.*
- *My access to this child's MyChart account will expire in accordance with the information outlined above. Access to the child's chart will vary depending on the child's age. Access granted by this form will expire on the child's 12th birthday; the child then has the option to grant full or limited access.*

Proxy Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

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 _____         |

Confirmed on Date \_\_\_\_\_

By: \_\_\_\_\_ (DHHA Employee signature/title)

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

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACCESO A MYCHART PARA APODERADOS DE NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS

Soy el padre/madre/tutor/agente autorizado legal del niño citado a continuación. Entiendo que el presentar este formulario me permitirá actuar como apoderado ("proxy") para obtener información sobre la salud de mi hijo. Entiendo que la información a la que tendré acceso es confidencial y se mantiene segura mediante un sistema electrónico seguro llamado "MyChart", usado por Denver Health Hospital Authority (DHHA). Acepto y me comprometo a respetar los términos para el uso de MyChart, que se pueden revisar en la solicitud para acceder a MyChart.

**Relación con el paciente:**

- Padre o madre (Debe presentar una copia de identificación con fotografía.)
- Tutor legal permanente o custodio (Debe presentar una copia de identificación con fotografía y adjuntar una copia de los documentos legales que lo nombran tutor o custodio.)
- Persona con Poder Legal Médico Duradero (Medical Durable Power of Attorney, MDPOA) para tomar decisiones de atención médica (Debe presentar una identificación con fotografía y una copia del MDPOA.)

**Nota importante:**

- Los padres/madres/tutores/agentes autorizados de niños menores de 12 años tendrán pleno acceso a todos los aspectos de la cuenta de MyChart del niño, incluyendo citas, servicios de mensajería y resultados de pruebas.
- Una vez que el niño cumpla 12 años, cambiará el nivel de acceso y se necesitará un Formulario de Solicitud de Acceso diferente.

**Información del apoderado:**

¿Ha sido usted paciente en Denver Health?       Sí       No

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

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

**Como apoderado, entiendo y acepto lo siguiente:**

- *Debo respetar los términos y las condiciones que están en la página web de MyChart.*
- *Debo entrar en MyChart con mi propio nombre de usuario y mi contraseña.*
- *Las comunicaciones a través de MyChart pasarán a formar parte del expediente médico del niño.*
- *Mi acceso a la cuenta de MyChart de este niño caducará conforme a lo indicado anteriormente. El acceso a la cuenta de MyChart variará dependiendo de la edad del niño. El acceso otorgado mediante este formulario terminará cuando el niño cumpla 12 años, después de lo cual el niño tendrá la opción de conceder acceso completo o limitado.*

Firma del apoderado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

| Paciente:                                | Apoderado:                              |
|--|---|
| Nombre completo _____                    | Nombre completo _____                   |
| Fecha de nacimiento _____                | Fecha de nacimiento _____ Sexo _____    |
| Dirección _____ Registro Médico N° _____ | Dirección _____                         |
| Ciudad/Estado _____ Código postal _____  | Ciudad/Estado _____ Código postal _____ |
| Teléfono _____ Correo electrónico _____  | Teléfono _____ Correo electrónico _____ |

Confirmado en la siguiente fecha: \_\_\_\_\_

Por: \_\_\_\_\_ (Firma/cargo del empleado de DHHA)

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