



ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

### Formulario de acceso a terceros para menores de edad (hasta 17 años)

- **Comprendo que MyVHP no debe usarse para emergencias médicas ni situaciones de urgencia.**
- Comprendo que el Acceso a terceros de MyVHP brinda acceso a información médica personal del niño o los niños de hasta 17 años mencionado(s) en este formulario.
- La información que se divulgue en MyVHP me permitirá tener una participación más activa en la atención médica del niño. Comprendo que esta no es la historia clínica completa del niño; sin embargo puede solicitarse una copia electrónica o impresa en el consultorio médico.
- Comprendo que mis actividades dentro de MyVHP son controladas por auditorías informáticas y que las anotaciones que haga pueden formar parte de la historia clínica del niño.
- Comprendo que para cancelar o revocar esta autorización debe interponerse una solicitud por escrito y que todas las acciones o accesos previos a la cancelación estaban autorizados por mi firma y fecha en el "Formulario de acceso a terceros para menores de edad".
- Comprendo que Valley Health Partners Community Health Center tiene el derecho de revocar el acceso de MyVHP en cualquier momento por uso impropio del sistema. Comprendo que cuando el niño cumpla 18 años, cesará automáticamente mi acceso a su cuenta de MyVHP y se requerirá un Formulario de acceso a terceros para adultos con el consentimiento del niño de 18 años.
- Comprendo que si mi hijo se emancipa, mi acceso a sus historias clínicas a través de MyVHP cesará de inmediato, y deberá otorgarse un nuevo acceso a terceros.

**He leído y comprendo los requisitos y procedimientos para acceder a la información de la historia clínica de un niño a través de Internet como se establece en este formulario de consentimiento para terceros.**

**Certifico que toda la información que proporcioné es correcta. Por medio del presente solicito acceso a la historia clínica de mi hijo en Internet. Suminé a Valley Health Partners Community Health Center la documentación legal que prueba que soy el padre/la madre o el tutor legal del niño a cuya información médica accederé a través de MyVHP.**

X \_\_\_\_\_  
Firma del padre/la madre/el tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Exclusivo para uso interno**

No. de historia clínica del padre/de la madre: \_\_\_\_\_  Cuentas con acceso de terceros vinculadas

No. de historia clínica del paciente: \_\_\_\_\_  Formulario escaneado