



MYCHART PROXY ACCESS FORM: CHILD

To sign up for MyChart access to your children’s health information, please complete this form in its entirety. A MyChart account will be established for you, through which you will have proxy access to your children’s MyChart records.

After this form has been filled out, please return it to Confluence Health (the mailing address and fax number are listed at the bottom of the form). An activation code will be mailed to you, which you must use to complete the registration process online at <https://mychart.confluencehealth.org/MyChart/>

1) Parent’s Information: Parent/Legal Guardian (“Proxy”) Information: If the Proxy sees providers at the Organizations, the Proxy needs to also complete the Enrollment Form if not already completed.

Name (last, first, middle initial) _____ Date of Birth _____

Address _____

City _____ State _____ Zip _____ Phone _____

Email _____ Primary Provider _____

2) Proxy Access Request: Adult to Child: My Relationship to the Child is as follows: Parent OR Permanent Legal Guardian of the Patient – Must attach a copy of the Court Order Appointing Guardian and Letters of Guardianship verifying the Proxy’s status as permanent legal guardian of the patient.

To request access to the MyChart record of your children under the age of 13, please provide their information below. _____
Also, please note the following age range limitations for MyChart:

- If your child is age 0-12, you will be granted full access to his/her MyChart record.
- If your child is age 13-17, you will be granted partial access to his/her MyChart record (e.g., immunizations).
- Once your child reaches age 18, you will no longer have access to his/her MyChart record.

These limitations do not affect any legal right you have to access your child’s record by other means. To request a paper copy of your child’s record, please contact the Medical Records Department.

By signing below, I acknowledge and agree that:

- I will be using my own MyChart account at the Organization to access this Child’s MyChart account.
- I will keep my password confidential and not share this information with anyone.
- I must have parental rights and legal guardianship rights to access this child’s record.
- I have not been denied periods of physical placement with the Child and there are no court orders or restraining orders in effect limiting my access to this Child’s medical records and/or information.
- Communications on behalf of the Child through MyChart must be sent from the Child’s record and responses will be received in the Child’s record. MyChart e-mail alerts will be sent to the e-mail address entered under Parent/Legal Guardian (“Proxy”) Information.
- I have completed the MyChart Authorization for Use or Disclosure of Electronic Protected Health Information.

Proxy Signature (Required)

Relationship to Patient (Required)

Date (Required)

Please provide the following information for your child:

(NOTE: If you have more than one child for whom you would like MyChart access, please complete additional forms.)

A. Name (last, first, middle initial) _____ **Date of Birth** _____

Last four digits of SSN _____ **Primary Provider** _____

Fax completed form to (509) 665-3494 or mail to:

Confluence Health
Patient Services Department
PO Box 361, Wenatchee, WA 98807-0361

For Official Use:
I have received a copy of required guardianship verification.
Date _____ Initials _____
<i>Please send all Proxy requests to Medical Records to be processed.</i>



Formulario de Acceso de Representante Legal a MyChart: Niño

MyChart Proxy Access Form: CHILD

Para inscribirse en MyChart para obtener acceso a la información de salud de sus hijos, sírvase completar este formulario en su totalidad. Se configurará una cuenta MyChart para usted, a través de la cual tendrá acceso de representante legal a los registros MyChart de sus hijos.

Después de completar este formulario, entréguelo a Confluence Health (la dirección postal y el número de fax se indican al final del formulario). Se le enviará por correo un código de activación, que debe usar para completar el proceso de registro en línea en <https://mychart.confluencehealth.org/MyChart/>

1) Información de los Padres: Información del Padre/Madre/Tutor Legal ("Representante Legal"): Si el Representante Legal consulta proveedores en las Organizaciones, el Representante Legal también debe completar el Formulario de Inscripción si aún no lo completó

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre) _____ **Fecha de Nac.** _____

Dirección _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____ **Teléfono** _____

Correo Electrónico _____ **Proveedor Primario** _____

2) Solicitud de Acceso de Representante Legal: Adulto a Niño: Mi Relación con el Niño es la siguiente: Padre, Madre O Tutor Legal Permanente del Paciente: Debe adjuntar una copia de la Orden Judicial que lo Nombró Tutor y Cartas de Tutoría que verifiquen el estado de Representante Legal como tutor legal permanente del paciente.

Para solicitar acceso al registro MyChart de sus hijos menores de 13 años, proporcione su información a continuación. _____
Además, tenga en cuenta las siguientes limitaciones de rango de edad para MyChart:

- Si su hijo tiene entre 0 y 12 años de edad, se le concederá acceso total a su registro MyChart.
- Si su hijo tiene entre 13 y 17 años de edad, se le otorgará acceso parcial a su registro MyChart (por ejemplo vacunas).
- Cuando su hijo cumpla 18 años, usted ya no tendrá acceso a su registro MyChart.

Estas limitaciones no afectan ninguno de los derechos legales que tenga de acceder al registro de su hijo por otros medios. Para solicitar una copia impresa del registro de su hijo, comuníquese con el Departamento de Registros Médicos.

Al firmar a continuación, reconozco y acepto que:

- Usaré mi propia cuenta MyChart en la Organización para acceder a la cuenta MyChart de mi Hijo.
- Mantendré mi contraseña confidencial y no compartiré esta información con nadie.
- Debo tener derechos de custodia como padre, madre o tutor legal para acceder al registro de este niño.
- No se me han negado períodos de colocación física con el Niño y no existe ninguna orden judicial ni órdenes de restricción vigentes que limiten mi acceso a los registros médicos y/o información de este Niño.
- Las comunicaciones en nombre del Niño a través de MyChart deben enviarse desde el registro del Niño y las respuestas se recibirán en el registro del Niño. Las alertas por correo electrónico de MyChart se enviarán a la dirección de correo electrónico ingresadas en la sección de Información del Padre/Madre/Tutor Legal ("Representante Legal").
- He completado la Autorización de MyChart para el Uso o Divulgación de Información Electrónica de Salud Protegida.

Firma del Representante Legal (Requerida)

Relación con el paciente (Requerida)

Fecha (Requerida)

Por favor, proporcione la siguiente información sobre su hijo:

(NOTA: Si usted tiene más de un niño por el cual le gustaría acceso a MyChart, sírvase completar formularios adicionales.)

A. Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre) _____ **Fecha de Nac.** _____

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social _____ **Primary Provider** _____

Envíe por fax el formulario completado a **(509) 665-3494** o por correo electrónico a:

Confluence Health
Patient Services Department
PO Box 361, Wenatchee, WA 98807-0361

For Official Use:
I have received a copy of required guardianship verification.
Date _____ Initials _____
Please send all Proxy requests to Medical Records to be processed.