

**Minor / Child Information**

**Complete one authorization per minor child less than 18 years of age.**

**All fields are required.**

Patient Name: \_\_\_\_\_ ☐ Male ☐ Female

Relationship to Parent / Guardian: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

**Parent / Guardian information**

**All fields are required.**

Parent / Guardian Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Email Address: \_\_\_\_\_

City, State, Zip: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

**MyChart Terms and Conditions** I understand the following:

- MyChart contains selected, limited medical information from a patient's medical record and does not reflect the complete contents of the medical record. A paper copy or PDF of a patient's medical record may be requested from the patient's health care provider.
- My activities within MyChart are tracked by computer audit, and entries I make can become part of my medical record or my minor child's medical record.
- Proxy access to a minor child's MyChart account is restricted to individuals who have parental rights or legal guardianship. If you are not the biological or adoptive parent, you must provide documentation verifying your legal guardianship status for the minor child.
- My access to certain information about my minor child will be terminated upon my minor child's fourteenth birthday in accordance with Oregon state law. At this time, my teen minor will also be eligible to activate his / her own MyChart account.
- If my teen minor has special health care needs, my child's provider may authorize full access to his / her MyChart account if considered to be in his / her best interest. My teen minor may also authorize my full access to his / her MyChart account after discussion of privacy rights with his/her provider.
- A reminder regarding any changes to my teen minor's MyChart account will be sent via message to the email listed on the proxy account 30 days in advance of the change. I understand I will receive the email notification and then will need to login to view the message.
- I agree to abide by the St. Charles Health System MyChart [Terms and Conditions](#).
- **Send form to:** SCHS HIM Manager, at 2500 NE Neff Road, Bend, OR 97701

Parent / Guardian signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Parent / Guardian printed name: \_\_\_\_\_

If minor is between 14 and 17 years old, minor must acknowledge parent / guardian request for proxy access. If the minor has questions as to what information is viewable, please call 541-706-2752.

Minor signature (14 to 17 yrs only): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Minor printed name: \_\_\_\_\_

**For Office Use Only**

Document to be retained in Patient Record

Patient MRN: \_\_\_\_\_ Proxy Activation Date: \_\_\_\_\_



**Información del / la Menor / Niño(a)**

**Complete una autorización por niño/a menor de 18 años.**

***Todos los campos son obligatorios***

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ ☐ Masculino ☐ Femenino

Relación con el Padre o Madre / Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha Nac: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**Información de los Padres / Tutor legal**

***Todos los campos son obligatorios***

Nombre del Padre o Madre / Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha Nac: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Cód. Postal: \_\_\_\_\_ Número Teléfono: \_\_\_\_\_

**Términos y condiciones de MyChart** Entiendo lo siguiente:

- MyChart contiene información médica seleccionada y limitada del expediente médico de un paciente y no refleja el contenido completo del expediente médico. Se puede solicitar una copia en papel o en PDF del registro médico de un paciente al profesional de atención médica del paciente.
- Mis actividades dentro de MyChart se controlan mediante una auditoría informática y lo que agregan pueden pasar a formar parte de mi expediente médico o del de mi hijo / a menor de edad.
- El acceso como apoderado a la cuenta MyChart de un menor está restringido a las personas que tienen la patria potestad o la tutela legal. Si usted no es el padre biológico o adoptivo, debe proporcionar documentación que verifique su condición de tutor legal del menor.
- Mi acceso a cierta información sobre mi hijo / a menor de edad finalizará cuando éste cumpla catorce años, de acuerdo con la ley del estado de Oregon. En ese momento, mi hijo / a adolescente también podrá activar su propia cuenta de MyChart.
- Si mi hijo / a menor de edad tiene necesidades especiales de atención médica, el profesional médico de mi hijo/a me puede autorizar el acceso completo a su cuenta MyChart, si se considera que es lo mejor para él / ella. Mi hijo / a adolescente menor de edad también puede autorizar mi acceso completo a su cuenta MyChart después de discutir los derechos de privacidad con su profesional médico.
- Se enviará un recordatorio con respecto a cualquier cambio en la cuenta de MyChart de mi adolescente menor de edad, por medio de un mensaje al correo electrónico que aparece en la cuenta del representante con 30 días antes del cambio. Entiendo que recibiré la notificación por correo electrónico y luego tendré que iniciar la sesión para ver el mensaje.
- Acepto cumplir con los Términos y Condiciones de MyChart de St. Charles Health System.
- **Envíe el Formulario a:** SCHS HIM Director, en 2500 NE Neff Road, Bend, OR 97701

Firma del Padre o Madre / Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Impreso de la Madre / Padre / Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Si el/la menor de edad tiene entre 14 y 17 años, el/la menor debe reconocer la solicitud de acceso de los padres/tutor legal para el acceso como representante. Si el/la menor tiene preguntas sobre qué información se puede ver, por favor llame al 541-706-2752.

Firma del / la Menor de Edad (de 14 a 17 años solamente): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Impreso del / la Menor: \_\_\_\_\_

***For Office Use Only***

Document to be retained in Patient Record

Patient MRN: \_\_\_\_\_ Proxy Activation Date: \_\_\_\_\_

