

Vanderbilt University Medical Center

Acceso de los padres a la cuenta de My Health at Vanderbilt

(MHAV) de un adolescente de 13 a 17 años

Parental Access to the My Health at Vanderbilt

(MHAV) Account of a Teen 13-17 Years Old

MHAV Access - Child 13-17

Nombre del adolescente/paciente (Teen/Patient Name): _____

Fecha de nacimiento del adolescente/paciente (Teen/Patient Date of Birth): ____/____/____

Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social del adolescente/paciente
(Last 4 digits of the Teen/Patient's Social Security Number): _____

Acuerdo del padre/madre/representante legal (Parent's/Legal Representative's Agreement)

Dirección de correo electrónico del padre/madre/representante legal (Parent/Legal Representative's Email):

*Es obligatorio proporcionar una dirección de correo electrónico. Las notificaciones de mensajes en su cuenta de MHAV se enviarán solamente a esta dirección de correo electrónico.

Las direcciones de correo electrónico anteriores se borrarán.

Nombre del padre/madre/representante legal (Parent's/Legal Representative's Name):

Dirección (Address): _____

Ciudad (City): _____ Estado (State): _____ Código postal (Zip Code): _____

Fecha de nacimiento del padre/madre/representante legal
(Parent's/Legal Representative's Date of Birth): _____ Teléfono (Phone Number): _____

Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social del padre/madre/representante legal (Last 4 digits of Parent's/Legal Representative's Social Security #): _____

¿Es usted paciente en Vanderbilt, o lo ha sido alguna vez? (Are you currently or have you ever been a patient at Vanderbilt?) Sí (Yes) No (No)

Nombres anteriores, como el apellido de soltera u otros nombres (Former Name(s), such as maiden name, or other names): _____

Relación con el niño (Relation to child): Padre o madre biológicos (Biological Parent) Padrastro o madrastra (Stepparent) Otro representante legal (Other Legal Representative): _____

El acceso principal a la cuenta de un adolescente solo se les concede a los padres o a las personas con documentos que comprueben que son los representantes legales.

Yo soy el padre/madre/representante legal del adolescente nombrado arriba y solicito el acceso a su información en línea por medio de MHAV. Comprendo los requisitos y procedimientos para acceder a la información en línea por medio de MHAV. Entiendo que el adolescente también tendrá acceso a su cuenta de MHAV. Comprendo que, si el adolescente revoca su cuenta de MHAV, mi acceso también se revocará. Toda la información que he proporcionado es correcta, y tengo el derecho de acceder a la información en línea del adolescente por medio de MHAV.

Nombre en letra de molde del padre/madre/representante legal (Parent's/Legal Representative's Print Name):

Firma del padre/madre/representante legal (Parent's/Legal Representative's Signature): _____

Parentesco (Relation): _____ **Fecha (Date):** _____ **Hora (Time):** _____

Vanderbilt University Medical Center

Acceso de los padres a la cuenta de My Health at Vanderbilt

(MHAV) de un adolescente de 13 a 17 años

Parental Access to the My Health at Vanderbilt

(MHAV) Account of a Teen 13-17 Years Old

MHAV Access - Child 13-17

Nombre del adolescente/paciente (Teen/Patient Name): _____

Fecha de nacimiento del paciente (Patient Date of Birth): ____/____/____

Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social del adolescente/paciente (Last 4 digits of Teen/Patient's Social Security Number): _____

Nombre del padre/madre/representante legal (Parent/Legal Representative's Name):

Acuerdo del adolescente (Teen's Agreement)

Dirección de correo electrónico del adolescente (Email Address of Teen): _____

Es obligatorio proporcionar una dirección de correo electrónico, ya que los mensajes en tu cuenta de MHAV solamente se enviarán a la dirección de correo electrónico aquí anotada.

Solicito tener acceso a My Health at Vanderbilt (MHAV). Estoy de acuerdo con darle a mi padre/madre/representante legal, nombrado en la página 1 de este formulario, acceso a la información médica de mi cuenta de MHAV. Entiendo que puedo revocar dicho acceso en cualquier momento, solicitándoselo a mi doctor.

Como paciente y menor de edad de 13 a 17 años (adolescente), entiendo que:

- Recibiré por correo electrónico la información de cómo abrir mi cuenta en MHAV.
- Tengo que iniciar sesión en www.myhealthatvanderbilt.com con mi propio nombre de usuario y contraseña.
- Para proteger la privacidad de mi información médica, no compartiré con nadie mi nombre de usuario ni contraseña.
- Acepto apegarme a los términos y estipulaciones del sitio MHAV.
- El acceso que mi padre/madre o representante legal tienen terminará cuando yo cumpla 18 años.
- Se enviarán notificaciones a la cuenta de correo electrónico que yo he proporcionado aquí, sobre mensajes de MHAV.
- Si tengo una cuenta de MHAV, tengo que permitir el acceso a dicha cuenta a por lo menos uno de mis padres o representante legal. Esto significa que mi padre/madre o mi representante legal verán toda la información en mi cuenta de MHAV.
- No debo usar MHAV para casos de emergencia. Para emergencias, debo llamar al 911.

Nombre en letra de molde del paciente (Patient Print name): _____

Firma del paciente (Patient Signature): _____ Fecha (Date): _____ Hora (Time): _____

Este formulario puede usarse también para dar acceso a los padres o al representante legal de un adolescente con una condición médica que, según haya determinado el proveedor médico del adolescente, le impida participar en la decisión sobre el acceso a MHAV. El proveedor que firma abajo determina que este paciente tiene dicha condición.

Nombre en letra de molde del proveedor (Provider Print Name): _____

Cargo (Title): _____

Firma del proveedor (Provider Signature): _____

Fecha (Date): _____ Hora (Time): _____

Vanderbilt University Medical Center

Acceso de los padres a la cuenta de My Health at Vanderbilt

(MHAV) de un adolescente de 13 a 17 años

Parental Access to the My Health at Vanderbilt

(MHAV) Account of a Teen 13-17 Years Old

MHAV Access - Child 13-17

Antes de irse, devuelva a un miembro del personal de Vanderbilt este formulario completado y cualquier documento requerido.

SOLO PARA USO DE LA CLÍNICA (FOR CLINIC USE ONLY):

Identificación emitida por el gobierno, con foto, del padre/madre/representante legal, verificada por un miembro del personal o proveedor de VUMC: *(Parent's/Legal Representative's Government Issued Photo ID verified by VUMC Staff or Provider):*

Nombre completo en letra de molde *(Print Full Name):* _____ Cargo *(Title):* _____

Firma completa *(Full Signature):* _____ Fecha *(Date):* _____ Hora *(Time):* _____

Vanderbilt staff, please fax to (615) 875-2820.