

**Vanderbilt University Medical Center**  
**Acceso de los padres a la cuenta de My Health at**  
**Vanderbilt**  
**(MHAV) de un niño menor de 13 años**  
**Parental Access to the My Health at Vanderbilt**  
**(MHAV) Account of a Child Under 13 Years Old**  
MHAV Access - Child Under 13

Nombre del preadolescente/paciente (Preteen/Patient Name): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del preadolescente/paciente (Preteen/Patient Date of Birth): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos del número de Seguro social del preadolescente/paciente (Last 4 Digits of Preteen/ Patient's Social Security Number): \_\_\_\_\_

**Acuerdo del padre/madre/representante legal (Parent's or 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, ya que 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): \_\_\_\_\_ 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): \_\_\_\_\_

\*Para representantes no biológicos, dé documentación legal a la clínica o envíela por fax al 615-875-2820. Esto incluye: custodia, decreto de adopción, poder notarial, curatela, tutela, carta del Departamento de Servicios Infantiles (Department of Children Services) para padres de crianza temporal, etc. También puede presentar documentación por correo electrónico seguro, enviándola a MHAVLegal@VUMC.org. Tenga en cuenta que otras personas pueden interceptar y ver los correos electrónicos que no se envíen de manera segura (es decir, correos electrónicos sin encriptar) durante la transmisión. Eligiendo enviar información por correo electrónico sin encriptar, usted acepta estos riesgos.

**Vanderbilt University Medical Center**  
**Acceso de los padres a la cuenta de My Health at**  
**Vanderbilt**  
**(MHAV) de un niño menor de 13 años**  
*Parental Access to the My Health at Vanderbilt*  
*(MHAV) Account of a Child Under 13 Years Old*  
MHAV Access - Child Under 13

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

Yo soy el padre/la madre o el representante legal del niño mencionado arriba, y solicito acceso a la información en línea del niño por medio de MHAV. Comprendo los requisitos y procedimientos para tener acceso a la información en línea de un menor por medio de MHAV. Toda la información que he proporcionado es correcta, y tengo derecho a acceder a la información en línea del niño por medio de MHAV. Entiendo que el acceso se revocará cuando el niño cumpla 13 años, momento en que será necesario llenar en una clínica de Vanderbilt una nueva solicitud para tener acceso a la cuenta de MHAV de pacientes de 13 a 17 años.

**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*):**

\_\_\_\_\_

**Relación (*Relation*):** \_\_\_\_\_ **Fecha (*Date*):** \_\_\_\_\_ **Hora (*Time*):** \_\_\_\_\_

**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.