

Acceso al registro de MyBSWHealth de su hijo

Para acceder al registro de MyBSWHealth de su hijo, por favor complete este Formulario de Apoderado de Hijo Menor de Edad y envíelo a la dirección que se indica a continuación. Por favor tenga en cuenta que accederá a la planilla de su hijo a través de su registro de MyBSWHealth. Al completar este formulario, creará un registro de MyBSWHealth para usted y para su hijo. Al enviar este formulario, por favor proporcione una identificación emitida por el gobierno a los fines de verificación de identidad.

Envíe el formulario a Scott & White Healthcare, Health Information Management Department, Mail Stop 01047, 2401 S. 31st Street, Temple, TX 76508, o mándelo por fax al 254-724-0119. Envíe los formularios a Health Information Management department, HealthTexas Provider Network (HTPN), 8150 N. Central Expressway, Suite 400, Box 47, Dallas, TX 75206 o mándelo por fax al 214-818-9781.

Si usted desea establecer autorización digital como apoderado de este paciente, en lugar de usar esta forma puede usted hacerlo usando la aplicación MyBSWHealth.app. Para más información visite la página internet a <https://my.bswhealth.com/fag>.

Información sobre padre/madre/tutor (Todas las secciones son obligatorias – por favor escriba claramente con letra de imprenta).

Esta sección debe ser completada por la persona que solicita acceso al registro de MyBSWHealth de un niño menor de edad.

Nombre: (apellido, primer nombre, inicial intermedia): _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M/F
Dirección: _____ Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____
País: _____ Últimos 4 dígitos de Seguro Social: _____
Número de teléfono (casa/móvil/trabajo): _____ Correo electrónico: _____
Paciente de Scott & White (por favor marque una opción): sí/no

Por favor tenga en cuenta que en MyBSWHealth se aplican las siguientes limitaciones en cuanto a la edad. Estas limitaciones no afectan ningún derecho legal que usted tenga para acceder al registro de su hijo por otros medios. Para solicitar una copia impresa del registro de su hijo, comuníquese con el Departamento de Divulgación de Información de Scott & White Healthcare.

- Si su hijo tiene entre **0 y 13 años de edad**: Usted recibirá pleno acceso al registro de MyBSWHealth de su hijo.
- Si su hijo tiene entre **14 y 17 años de edad**: Usted recibirá acceso parcial al registro de MyBSWHealth de su hijo.
- Una vez que su hijo cumpla **18 años de edad**, usted dejará de tener acceso al registro de MyBSWHealth de su hijo.
- Si, de acuerdo con la ley de Texas, su hijo tiene derecho a prestar su consentimiento en cuanto a todo el cuidado de su salud antes de cumplir 18 años, es posible que usted no reciba acceso a su registro de MyBSWHealth.

Información del niño (Todas las secciones son obligatorias – por favor escriba claramente con letra de imprenta.)

Por favor provea la siguiente información correspondiente al niño para quien se solicita un poder.

Nombre: (apellido, primer nombre, inicial intermedia): _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Términos y Acuerdo de MyBSWHealth

- Entiendo que MyBSWHealth tiene como fin ser una fuente segura por Internet de información médica confidencial. Si comparto mi identificación (ID) y mi contraseña de MyBSWHealth con otra persona, esa persona podrá ver la información de salud mía o de mi hijo, así como información de salud de otra persona de la cual yo sea apoderado en MyBSWHealth.
- Acuerdo que es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantenerla de manera segura y cambiarla si considero que puede haber sido comprometida de algún modo.
- Entiendo que MyBSWHealth contiene información médica seleccionada y limitada del registro médico de mi hijo, y que MyBSWHealth no refleja todo el contenido de dicho registro. También entiendo que es posible solicitar una copia impresa del registro médico de mi hijo al Departamento de Divulgación de Información de Scott & White Healthcare.
- Entiendo que mis actividades dentro de MyBSWHealth pueden ser seguidas por auditoría informática y que las entradas que yo haga pueden convertirse en parte del registro médico.
- Entiendo que el acceso a MyBSWHealth es proporcionado por Scott & White Healthcare como un servicio conveniente a sus pacientes y que Scott & White Healthcare tiene derecho a desactivar el acceso a MyBSWHealth en cualquier momento y por cualquier razón. Entiendo que el uso de MyBSWHealth es voluntario y que no estoy obligado a utilizar MyBSWHealth o a autorizar a un apoderado para su uso.
- Si la relación jurídica del apoderado con el paciente se modifica, Scott & White Healthcare debe ser informada de inmediato enviando una notificación por escrito a Scott & White Healthcare, Health Information Management departamento, 2401 S. 31st Street, Temple, TX 76508 o mandando un fax al 254-724-0119.
- Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entendido este Formulario de Inscripción en MyBSWHealth así como los Términos y Condiciones adjuntos. Además, doy fe de que soy el padre, madre o tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente.

Firma del padre/madre/tutor **Fecha**

Nombre del padre/madre/tutor en letra de imprenta **Relación con el niño**