

# Formulario para cuidador/representante de niño



MyChart | Austin Regional Clinic

- Complete este formulario si el padre o cuidador del niño no es paciente de ARC y no tiene una cuenta de ARC MyChart activa. Por favor lea las instrucciones de abajo.
- Si el padre o tutor ya tiene una cuenta de ARC MyChart activa, visite ARCMychartproxy.com para obtener instrucciones guiadas en línea.

## INSTRUCCIONES:

Siga los tres pasos sencillos de abajo y devuelva el formulario completo a la recepción de su clínica ARC o a un miembro del equipo de atención de ARC durante la visita de su hijo. Al completar este formulario se establecerá una cuenta de cuidador/representante de niño de ARC MyChart para su hijo.

## 1. Complete la información del padre/madre/guardián

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/GUARDIÁN: \*\* TODOS LOS CAMPOS SON REQUERIDOS \*\* Por favor imprima claramente.

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Por favor proporcione la siguiente información para cada niño. Si tiene más de tres hijos para los que le gustaría pedir el acceso de cuidador/representante de niño, pida otro formulario o descargue el formulario para cuidador/representante de niño de MyChart que se encuentra en el sitio web de ARC en: ARCMychartproxy.com.

## 2. Complete la información del niño

INFORMACIÓN DEL NIÑO: \*\*TODOS LOS CAMPOS SON REQUERIDOS\*\* Por favor imprima claramente.

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Clínica ARC principal: \_\_\_\_\_ N.º de expediente médico del paciente (adquirido en la clínica): \_\_\_\_\_  
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Clínica ARC principal: \_\_\_\_\_ N.º de expediente médico del paciente (adquirido en la clínica): \_\_\_\_\_  
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Clínica ARC principal: \_\_\_\_\_ N.º de expediente médico del paciente (adquirido en la clínica): \_\_\_\_\_

## 3. Confirme su identidad

Firmando abajo, confirmo que soy el padre/madre/ guardián mencionado arriba. Entiendo que puedo estar sujeto a penalizaciones conforme a la ley por presentar información falsa o engañosa sobre esta solicitud de acceso al servicio de ARC MyChart. Reconozco que leí y entiendo y acepto los términos de este formulario para cuidador/representante de cuidado de niño de ARC MyChart.

Firma del padre/madre/ guardián

Relación con el paciente

Fecha

Es posible que los guardiánes deban proporcionar la documentación adecuada antes de otorgar acceso de cuidador/representante.

A partir del 1 de septiembre de 2025, el Proyecto de Ley 1188 del Senado de Texas exige que los proveedores de atención médica brinden a los padres (y a los tutores o conservadores principales) acceso inmediato, completo y sin restricciones al historial médico electrónico de un menor, a menos que el acceso a todo o parte del historial esté restringido por la ley estatal o federal o por una orden judicial.

Todas las personas con acceso cuidador a la información del paciente tienen derecho a solicitar el historial medico completo, incluyendo la comunicación entre otros cuidadores y el equipo médico del paciente, completando una solicitud de divulgación de información.

FOR CLINIC USE ONLY: Please sign and date processed forms prior to forwarding to ARC Central Scanning Department

Entered By: \_\_\_\_\_ Clinic Location: \_\_\_\_\_ Proxy Activation Date: \_\_\_\_\_