



## Parent/Legal Guardian Request to Access Minor Patient's NextGen® Portal Account

Parents and legal guardians may request proxy access to their child's protected health information (PHI) through the Graybill Medical Group patient portal, NextGen®. The scope of access may vary based on your child's age.

- Children ages 0-11 years: You will be granted **full access** to your child's NextGen record, including immunizations, allergy information, and growth charts.
- Children ages 12-17 years: You will be granted **partial access** to your child's NextGen record, in accordance with California and Federal privacy laws. **For full access, Special Authorization and Patient Signature** are required (see below).
- Adults ages 18 and older: You will **no longer have access** to your child's NextGen account.

The parent/legal guardian who is granted proxy access to NextGen will be required to accept and abide by the NextGen Terms and Conditions. In addition, Graybill Medical Group may terminate the proxy access at any time without notice.

PATIENT INFORMATION (REQUIRED)				
Name (Last, First, MI)			Date of Birth (MM/DD/YY)	
Provide ONE of the following:				
<input type="checkbox"/> Last 4 digits of Social Security Number: _____ <input type="checkbox"/> Medical Record Number: _____				
Street Address	Apt #	City	State	Zip
Phone (XXX-XXX-XXXX)		Email (EXAMPLE@TEST.COM)		
PARENT/LEGAL GUARDIAN INFORMATION (REQUIRED)				
Name (Last, First, MI)			Date of Birth (MM/DD/YY)	
Provide ONE of the following				
<input type="checkbox"/> Last 4 digits of Social Security Number: _____ <input type="checkbox"/> Medical Record Number: _____				
Street Address	Apt #	City	State	Zip
Phone (XXX-XXX-XXXX)		Email (EXAMPLE@TEST.COM)		
SPECIAL AUTHORIZATION FOR FULL ACCESS TO NEXTGEN (PATIENTS 12 YEARS OR OLDER)				
<p><b>By signing below, I acknowledge that I am choosing to designate the person named above as my NextGen proxy, thereby allowing him/her access to my complete medical record through NextGen. I understand that I may revoke this authorization at any time.</b></p>				
Patient Signature _____			Date (MM/DD/YY) _____	
Proxy Relationship to Patient:				
<input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Legal Guardian <input type="checkbox"/> Power of Attorney <input type="checkbox"/> Other _____				



## Los Padres/Tutor Legal Para Acceder a Petición del Paciente Menor NextGen® Cuenta de Portal

Padres y tutores legales pueden solicitar acceso a la información médica protegida (PHI) del paciente menor por medio del Portal NextGen® de Graybill Medical Group. El acceso a la información será basado en la edad del paciente menor.

- Pacientes Menores entre 0-11 años de edad: Se le concederá el **Acceso Total** al registro de NextGen, incluyendo inmunizaciones, información sobre alergias y gráficas de crecimiento.
- Pacientes Menores entre 12-17 años de edad: Se le concederá el **Acceso Parcial** al registro de NextGen, de acuerdo a las leyes de privacidad Federales y del Estado de California. **Para obtener Acceso Total, una Autorización Especial y Firma del Paciente** serán requeridos (vea a continuación).
- Pacientes Menores de 18 años: **No tendrá acceso** al registro de NextGen.

El Padre/Tutor Legal al que se le haya concedido acceso a la cuenta de NextGen estará obligado a aceptar y acatar a los Términos y Condiciones de NextGen. Además, Graybill Medical Group podrá cancelar el acceso en cualquier momento sin previo aviso.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (REQUERIDO)				
Nombre (Apellido, Primer Nombre)			Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	
Proporcione UNO de los siguientes: <input type="checkbox"/> Últimos 4 dígitos de la seguridad social: _____ <input type="checkbox"/> Número de Registro Médico: _____				
Domicilio	# Apta.	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono (XXX-XXX-XXXX)		Email (EJEMPLO@PRUEBA.COM)		
INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR LEGAL (REQUERIDO)				
Nombre (Apellido, Primer Nombre)			Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	
Proporcione UNO de los siguientes: <input type="checkbox"/> Últimos 4 dígitos de la seguridad social: _____ <input type="checkbox"/> Número de Registro Médico: _____				
Domicilio	# Apta.	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono (XXX-XXX-XXXX)		Email (EJEMPLO@PRUEBA.COM)		
AUTORIZACIÓN ESPECIAL PARA ACCESO TOTAL A NEXTGEN (PACIENTES 12 AÑOS O MAYORES DE EDAD)				
<p><b>Al firmar a continuación, reconozco que estoy eligiendo a la persona nombrada anteriormente como mi designado a la cuenta NextGen, permitiéndole el acceso a mi registro médico completo de NextGen. Entiendo que puedo revocar ésta autorización en cualquier momento.</b></p>				
Firma del Paciente _____			Fecha (MM/DD/AA) _____	
Relación del Designado al Paciente:				
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Poder Notarial <input type="checkbox"/> Otro _____				