



## 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 condesido 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)				
<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>				
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 _____				