

Envíe el formulario por correo a:
Stormont Vail Health
MyChart Access
Clinic Release of Information Department
1500 S.W. 10th Ave., Topeka, KS 66606
medicalrecordrequest@stormontvail.org

Solicitud de acceso a MyChart para menores de 14 a 17 años Capacidad legal disminuida

Como padre o tutor de (Nombre) _____, (Fecha de nacimiento) _____, quien es menor de edad entre 14 y 17 años, por la presente solicito acceso a sus registros médicos a través de MyChart, ya que el menor no tiene la madurez y capacidad mental para brindar el consentimiento necesario, en lugar del consentimiento/autorización que normalmente brinda un padre o tutor, para solicitar y recibir ciertos servicios de atención médica según lo permitido por la ley de Kansas.

Firma del padre, madre o tutor

Nombre del padre, madre o tutor en letra imprenta

Fecha de la firma

En mi calidad de médico tratante del menor antes mencionado, estoy de acuerdo con la evaluación de que el menor no posee la madurez ni la capacidad mental para dar el consentimiento necesario a fin de obtener y recibir los servicios de atención médica según lo permite la ley de Kansas.

Firma del proveedor

Nombre del proveedor en letra imprenta

Fecha de la firma