

**AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO DE UN REPRESENTANTE A MYCITYOFHOPE - PACIENTE PEDIÁTRICO**  
**AUTHORIZATION FOR PROXY ACCESS TO MYCITYOFHOPE - PEDIATRIC PATIENT**

Este formulario debe ser completado por el padre/la madre o el tutor legal permanente ("Representante") que desee acceder a partes de la información médica protegida electrónicamente de su niño ("ePHI") mantenida por City of Hope. El representante deberá proporcionar una copia de su identificación con foto, y si el representante es el tutor legal permanente del paciente, se deben proporcionar una copia de la orden judicial que designa al tutor y la documentación de tutela que verifiquen la condición del representante como tutor legal permanente del paciente. Consulte los métodos de entrega a continuación para saber cómo enviar esa información.

This form should be completed by a parent or permanent legal guardian ("Proxy") who wants to access portions of his/her child's electronic protected health information ("ePHI") maintained by City of Hope. The proxy will need to provide a copy of his/her photo identification, and if proxy is the permanent legal guardian of the patient, a copy of the court order appointing guardian and letters of guardianship verifying proxy status as permanent legal guardian of the patient must be provided. Refer to delivery methods below on how to submit that information.

**Información sobre el niño ("paciente")**

**Child's ("Patient") Information**

NOMBRE FIRST NAME	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE MIDDLE INITIAL	APELLIDO LAST NAME	FECHA DE NACIMIENTO DOB
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA MEDICAL RECORD NUMBER	NÚMERO DE TELÉFONO PHONE NUMBER		CORREO ELECTRÓNICO EMAIL ADDRESS
DIRECCIÓN ADDRESS	CIUDAD CITY	ESTADO STATE	CÓDIGO POSTAL ZIP CODE

**Información sobre el padre/la madre/el tutor legal permanente ("Representante")**

**Parent / Permanent Legal Guardian ("Proxy") Information**

Para ver la información sobre el paciente, el representante también debe obtener su propia cuenta de MyCityofHope, pero no es necesario que sea un paciente de City of Hope.

In order to view the patient's information, the proxy must also obtain his/her own MyCityofHope account, but does not need to be a City of Hope patient.

NOMBRE FIRST NAME	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE MIDDLE INITIAL	APELLIDO LAST NAME	FECHA DE NACIMIENTO DOB
RELACIÓN CON EL PACIENTE RELATIONSHIP TO PATIENT	NÚMERO DE TELÉFONO PHONE NUMBER		CORREO ELECTRÓNICO EMAIL ADDRESS
DIRECCIÓN ADDRESS	CIUDAD CITY	ESTADO STATE	CÓDIGO POSTAL ZIP CODE

**Cómo enviar el formulario:**

**How to Submit Form:**

Una vez completado, reenvíelo al Departamento de gestión de información médica a través de los siguientes métodos:  
Once completed, please forward to the Health Information Management Department the following methods below:

- Email: HIMS-MyCityofHope@COH.ORG
- Fax: (626) 218-8443, Atención: Servicios de gestión de información médica (ROI)  
Fax: (626) 218-8443, Attention: Health Information Management Services (ROI)
- Correo postal: Servicios de gestión de información médica (ROI)  
City of Hope  
1500 East Duarte Road  
Duarte, CA 91010
- Mail: Health Information Management Services (ROI)  
City of Hope  
1500 East Duarte Road  
Duarte, CA 91010

Si tiene alguna pregunta con respecto a este formulario, puede comunicarse con el representante de Divulgación de información al 626-218-2446

If you have any questions regarding this form, you may contact the Release of Information representative at 626-218-2446

**City of Hope**

**AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO DE UN REPRESENTANTE A  
MYCITYOFHOPE - PACIENTE PEDIÁTRICO**  
AUTHORIZATION FOR PROXY ACCESS TO MYCITYOFHOPE - PEDIATRIC PATIENT

**AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO DE UN REPRESENTANTE A MYCITYOFHOPE - PACIENTE PEDIÁTRICO**  
**AUTHORIZATION FOR PROXY ACCESS TO MYCITYOFHOPE - PEDIATRIC PATIENT**

**Reconocimientos generales**

**General Acknowledgements**

Entiendo que:

I understand that:

1. Utilizaré mi propia cuenta de MyCityofHope para acceder a la cuenta de MyCityofHope del niño.  
I will be using my own MyCityofHope account to access the child's MyCityofHope account.
2. Cumpliré con los términos y condiciones en la página web MyCityofHope (ubicada en [www.mycityofhope.org](http://www.mycityofhope.org); luego seleccione el enlace Terms and Conditions (Términos y condiciones) en la página) y de este documento.  
I will comply with the terms and conditions on the MyCityofHope web page (located at [www.mycityofhope.org](http://www.mycityofhope.org) then select the Terms and Conditions link on the page) and this document.
3. Mantendré mi contraseña confidencial y no compartiré esta información con nadie.  
I will keep my password confidential and not share this information with anyone.
4. Debo tener derechos de paternidad o tutela legal permanente para acceder a la cuenta de este niño/a.  
I must have parental rights or permanent legal guardianship rights to access this child's account.
5. No se me han negado períodos de tenencia física con el niño y no hay órdenes judiciales ni órdenes de restricción vigentes que limiten mi acceso a los registros médicos y/o información sobre el niño. Si mi estado legal cambia en relación con el niño, se lo notificaré a City of Hope.  
I have not been denied periods of physical placement with the child and there are no court orders or restraining orders in effect limiting my access to child's medical records and/or information. If my legal status changes in relation to the child, I will notify City of Hope.
6. Las comunicaciones en nombre del niño a través de MyCityofHope deben enviarse desde la cuenta del niño y las respuestas se recibirán en la cuenta del niño. Las alertas por correo electrónico de MyCityofHope se enviarán a la dirección de correo electrónico que proporcione cuando active mi cuenta.  
Communications on behalf of the child through MyCityofHope must be sent from the child's account and responses will be received in the child's account. MyCityofHope email alerts will be sent to the email address I supply when I activate my account.
7. Existen limitaciones de rango de edad para MyCityofHope. Para un niño de 0 a 11 años, se me otorgará acceso completo al registro de MyCityofHope del niño. En el cumpleaños número 12 del niño, podré ver una parte limitada del registro del niño. Estas limitaciones de rango de edad no afectan ningún derecho legal que tenga para acceder al registro del niño por otros medios. Entiendo que puedo solicitar una copia impresa u otra copia digital del registro del niño comunicándome con el Departamento de servicios de gestión de información médica mediante los métodos mencionados anteriormente.  
There are age range limitations for MyCityofHope. For a child age 0 to 11 years, I will be granted full access to the child's MyCityofHope record. On the child's 12th birthday, I will be able to view a limited portion of the child's record. This age range limitations do not affect any legal right I have to access the child's record by other means. I understand that I can request a paper or other digital copy of the child's record by contacting the Health Information Management Services Department by the following methods above.
8. Esta autorización vencerá tras la primera de las siguientes fechas: (1) la fecha en la cual el niño cumpla 18 años; o (2) la fecha en la cual City of Hope reciba la revocación por escrito del niño, como menor emancipado con autoridad legal para gestionar su atención médica. Dicha revocación entrará en vigencia de inmediato, excepto en la medida en que City of Hope ya haya actuado en base a esta autorización y tal rechazo o revocación no afectará el comienzo, la continuación o la calidad del tratamiento del paciente en City of Hope.  
This authorization will expire upon the earliest of: (1) the date the child reaches the age of 18; or (2) the date City of Hope receives written revocation from the child, as an emancipated minor with legal authority to manage his/her health care. Such revocation will promptly take effect except to the extent that City of Hope already has acted based on this authorization and such refusal or revocation will not affect the commencement, continuation or quality of the patient's treatment at City of Hope.
9. Autorizo el uso o divulgación de ePHI.  
I authorize the use or disclosure of ePHI.
10. Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.  
I have a right to receive a copy of this Authorization.

**City of Hope**

**AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO DE UN REPRESENTANTE A  
MYCITYOFHOPE - PACIENTE PEDIÁTRICO**  
AUTHORIZATION FOR PROXY ACCESS TO MYCITYOFHOPE - PEDIATRIC PATIENT

**AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO DE UN REPRESENTANTE A MYCITYOFHOPE - PACIENTE PEDIÁTRICO**  
**AUTHORIZATION FOR PROXY ACCESS TO MYCITYOFHOPE - PEDIATRIC PATIENT**

11. He leído y entiendo los requisitos para acceder a la cuenta de MyCityofHope del niño mencionado anteriormente y acepto cumplir con estas restricciones. Certifico que soy el/la padre/madre o tutor legal permanente y que toda la información que he proporcionado es correcta. Por la presente, solicito acceso como representante a MyCityofHope a la cuenta del niño mencionado anteriormente.  
I have read and understand the requirements for accessing the above named child's MyCityofHope account and agree to abide by these restrictions. I certify I am the parent or permanent legal guardian and that all information I have provided is correct. I hereby request MyCityofHope proxy access to the above named child's account.

**Información sobre el padre/la madre/el tutor legal permanente ("Representante")**  
**Parent / Permanent Legal Guardian ("Proxy") Information**

FIRMA DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR LEGAL PERMANENTE (REPRESENTANTE) SIGNATURE OF PARENT/PERMANENT LEGAL GUARDIAN (PROXY) FECHA DATE HORA TIME

NOMBRE FIRST NAME SEGUNDO NOMBRE MIDDLE NAME APELLIDO LAST NAME

**SÓLO PARA USO DE COH (para ser completado por el personal que obtuvo el formulario de representación):**

**FOR COH USE ONLY (to be completed by staff who obtained proxy form):**

1. He entregado al padre/a la madre/al tutor legal permanente una fotocopia del formulario de autorización de MyCityofHope firmado.  
I have given a photocopy of the signed MyCityofHope Authorization form to the Parent/Permanent gal Guardian.
2. He visto la identificación del paciente emitida por el gobierno el (fecha) \_\_\_\_\_  
I have viewed the patient's government issued ID on (date)

FIRMA DEL PERSONAL DE COH SIGNATURE OF COH STAFF NOMBRE EN IMPRENTA DEL PERSONAL DE COH PRINTED NAME OF COH STAFF

NOMBRE DEL PACIENTE PATIENT NAME FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE PATIENT DOB N.º DE HISTORIA CLÍNICA MRN

**City of Hope**

**AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO DE UN REPRESENTANTE A MYCITYOFHOPE - PACIENTE PEDIÁTRICO**  
**AUTHORIZATION FOR PROXY ACCESS TO MYCITYOFHOPE - PEDIATRIC PATIENT**