



Access to Your Child's MyChart Record

To sign up for access to your child's MyChart account, please complete all fields on this MyChart Child Proxy Form and return it to Tampa General Hospital Health Information Management Dept. via email at roirequests@tgh.org; mail at 1 Tampa General Circle, Tampa, Florida 33606; or fax: 813-844-1135. Please note that your child's record will be accessed through your MyChart account. Completing this form will establish a MyChart account for you and your child if one does not exist. Proof of identification and relationship to the child may be required to be submitted in addition to this form if the information is not readily available in the child's medical record.

Parent/Guardian Information: (All sections required – please print clearly.)

Name (last, first, middle initial): \_\_\_\_\_
Social Security Number: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_
Street Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_
Email Address: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Child's Information:

Please provide the following information. Please complete a separate form for each additional child: (All fields are required. Forms are located at mychart.tgh.org).

Name (last, first, middle initial): \_\_\_\_\_
Social Security Number: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

- By signing below, I acknowledge that I am the legal parent or guardian for my child and understand I must notify TGH in the event this status changes.

\*Signature of Parent/Guardian Relationship to Patient Date

\*Print Name Parent/Guardian

Interpreter Name (Please Print) Interpreter ID Number or Signature / Date



Acceso a la información de salud de su hijo en MyChart

Para solicitar acceso a la cuenta de su hijo en MyChart, complete todos los campos en este formulario y envíelo por correo a: Tampa General Hospital Health Information Management Dept. o por correo electrónico a: roirequests@tgh.org; correo a 1 Tampa General Circle, Tampa, Florida 33606; o fax: 813-844-1135. Tenga en cuenta que usted tendrá acceso a la información de su hijo a través de la cuenta de usted en MyChart. Completar este formulario establecerá una cuenta en MyChart para usted y su hijo, si no existe una ninguna. Se podrá exigir prueba de identificación y de su relación con el niño si esta información no está disponible en los datos clínicos del niño.

Información del padre o guardián (llene todos los campos – use letra de imprenta clara)

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): \_\_\_\_\_
Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
Calle y número: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Información del niño:

Por favor complete la siguiente información. Use una hoja separada por cada niño adicional: (Se requieren todos los campos. Puede encontrar formularios en mychart.tgh.org).

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): \_\_\_\_\_
Número del Social Security: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

- Con mi firma abajo, reconozco que soy el padre o tutor legal de mi hijo y entiendo que debo notificar a TGH en caso de que este estado cambie.

\*Firma del padre, la madre o el guardián

Relación con el paciente

Fecha

\* Nombre de padre, madre o guardián (letra de imprenta)

Nombre del Intérprete (letra de imprenta)

Número de identidad o firma del intérprete

Fecha