



Name: _____
DOB: _____
ID: _____

**MYKEYSTONE TEEN ACCESS**

**AGREEMENT FORM**

**ACCESO DE ADOLESCENTES MYKEYSTONE**

**FORMULARIO DE CONVENIO**

Hay que completar este formulario en presencia de un miembro del personal de Keystone Health que servirá de testigo. Solamente los menores de edad entre 14 y 17 pueden acceder a su cuenta MyKeystone.

Yo, \_\_\_\_\_, padre o madre/tutor de  
Nombre padre o madre/tutor en letras de imprenta

\_\_\_\_\_ (menor) Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Nombre en letras de imprenta

doy permiso para el/la menor tenga acceso a su cuenta MyKeystone. Este permiso no elimina ninguna relación de apoderamiento existente que pueda estar vinculada a la cuenta del menor y no le otorgará al menor la capacidad de invitar a otros a tener acceso a su información de salud.

Entiendo que, si deseo rescindir el acceso de mi hijo/hija a su cuenta MyKeystone, puedo comunicarme con MyKeystone Support Line [Línea de Soporte de MyKeystone] al 717-217-1975.

_____ Firma padre o madre/tutor	_____ Nombre con letras de imprenta	_____ Fecha	_____ Hora
_____ Firma menor	_____ Nombre con letras de imprenta	_____ Fecha	_____ Hora
_____ Firma Testigo	_____ Nombre con letras de imprenta	_____ Fecha	_____ Hora