

Cómo inscribirse en MyChildrensPortal



Luego de recibir un correo electrónico de invitación para registrarse, complete los siguientes pasos para crear una cuenta.

1. En el correo electrónico de invitación para registrarse, haga clic en el enlace para crear una cuenta. La página de **Welcome to MyChildrensPortal** (bienvenido a MyChildrensPortal) aparecerá en pantalla.
 2. Ingrese la fecha de nacimiento del paciente.
 3. Responda la pregunta de seguridad.
 4. Seleccione la casilla para aceptar los Términos de Uso y la Política de Privacidad.
 5. Haga clic en **Next, Create Your Account** (luego, cree su cuenta). Aparecerá una página para crear una cuenta.
 6. Ingrese la siguiente información del usuario de la cuenta del portal:
 - Primer nombre y apellido
 - Dirección de correo electrónico:
 - Fecha de nacimiento
 - Sexo
 7. Cree un nombre de usuario y contraseña.
 8. Seleccione la casilla para aceptar los Términos de Uso y la Política de Privacidad.
 9. Haga clic en submit (enviar) para crear la cuenta.
- Aparecerá la pantalla de inicio de **MyChildrensPortal**.

Recuerde su usuario y contraseña para acceder a MyChildrensPortal en el futuro.

1

Welcome to MyChildrensPortal

MyChildrensPortal is your online connection to Children's National Hospital. Here you can see the health and visit information kept in our electronic health record. You can also access an expanding number of online health services. **Please enter the patient's date of birth below.**

Answer the Security Question

By verifying your information with Children's National Hospital, you help us keep our medical record information secure.

Date of birth

Month Day Year

Select

Enter the year as 4-digits.

Your postal code

The answer to this security verification question may have been provided when you were invited to join.

I agree to the Children's National Hospital Terms of Use and Privacy Policy.

Next, Create Your Account Cancel

6

HAVE AN ACCOUNT?

Sign in with your existing account.

SIGN IN

CREATE ACCOUNT

Complete the short registration process to get access to your health information.

* First Name

ParentFirstName

* Last Name

ParentLastName

Mobile Number

Enter a valid 10-digit mobile number in the format XXXX-XXXX-XXXX.

* Gender

Male

* Date of Birth

I accept the Terms and Privacy Policy.

7

Username

* Email Address

* Password

Show password

* Confirm Password

Show password

I accept the Terms and Privacy Policy.

protected by reCAPTCHA

Privacy Terms

CANCEL SUBMIT

La asistencia para el portal está disponible 24/7 al 877-621-8014