

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE TELEMEDICINA EN LA ESCUELA Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Las Escuelas Públicas del Condado de Anne Arundel y el Departamento de Salud se asocian con Total Health Care, Inc. para ofrecer servicios de telemedicina en la escuela. Se debe completar este formulario de consentimiento para atención médica para que su hijo pueda recibir los servicios de telemedicina en la escuela. **Se brindarán servicios de enfermería y de emergencia en la escuela independientemente de si decide participar o no de estos servicios adicionales.**



Datos del alumno/paciente	
Apellido del alumno: _____ Nombre del alumno: _____	
Fecha de nacimiento: _____	Número de estudiante: _____
Sexo biológico: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Identidad de género <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculina <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> No binaria <input type="checkbox"/> No contesta
Domicilio particular: _____	Ciudad: _____
Estado: _____ Código postal: _____	Número de teléfono: _____
Nombre de la escuela: _____	
Idioma de preferencia: _____	¿Se identifica como hispano/latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Raza (marcar con una x): <input type="checkbox"/> Indígena de EE.UU./indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano/negro <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo/nativo de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico/blanco <input type="checkbox"/> No contesta <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Nombre del médico de cabecera: _____	
Datos del responsable legal	
Apellido del responsable legal: _____	Nombre del responsable legal: _____
Fecha de nacimiento: _____	Número de seguridad social: _____
Correo electrónico: _____	Teléfono celular: _____
Empleador: _____	Teléfono del empleador: _____
Datos del seguro del alumno/paciente	
El niño/adolescente tiene seguro (marcar con una x): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la compañía aseguradora: _____	Nombre del asegurado: _____
Número de grupo: _____	Número del seguro: _____
Otros datos de contacto	
Nombre: _____	Relacion: _____
Número de teléfono: _____	¿Podemos dejarle mensajes? (marcar con una x): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Historial médico escolar (debe ser completado por el padre/tutor)

Historial médico del paciente/alumno (marcar con una x todas las opciones que correspondan)

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cáncer/leucemia	<input type="checkbox"/> Eczema	<input type="checkbox"/> Migrañas
<input type="checkbox"/> Prematuro	<input type="checkbox"/> Anemia falciforme	<input type="checkbox"/> Patologías de la columna	<input type="checkbox"/> Problemas de la vejiga/del tracto urinario
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Anteojos/lentes de contacto	<input type="checkbox"/> Audífonos	<input type="checkbox"/> Problemas de salud mental
<input type="checkbox"/> Trastorno sanguíneo	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Problemas del desarrollo	<input type="checkbox"/> Problemas intestinales/constipación	<input type="checkbox"/> Tuberculosis/TB

Medicación que toma actualmente el paciente/alumno (vitaminas, inhaladores, medicamentos bajo receta, etc.)

Nombre del medicamento	Dosis	Cantidad que toma	Cuántas veces al día

Nombre de la farmacia de preferencia:

Nota: en caso de no indicar el nombre de la farmacia, las recetas se enviarán a la farmacia Total Health Care y la medicación se entregará en el domicilio del alumno

Domicilio:	Número de teléfono:
------------	---------------------

Alergias del paciente/alumno

<input type="checkbox"/> SI - Enumerar a continuación:	<input type="checkbox"/> NINGUNA ALERGIA CONOCIDA
Alimentos:	
Medicamentos:	
Insectos:	
Estacionales:	
Animales:	
Otras:	

Antecedentes de vacunación

¿Su hijo tuvo alguna vez alguna reacción a una vacuna/inyección? (marcar con una x): Sí No

En caso afirmativo, explique cuál fue la reacción:

¿Qué vacuna/inyección provocó la reacción?:

Historial de hospitalizaciones/operaciones del paciente

Hospitalizaciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique:
Operaciones: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique:
Atención de emergencia recibida en el último año: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuántas?:

Antecedentes familiares (marcar con una x todas las opciones que correspondan e indicar al lado quién tiene el problema: madre, padre, abuelo, hermano, hermana)

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Presión alta
<input type="checkbox"/> Síndrome de muerte súbita del lactante	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alcoholismo/drogadicción
<input type="checkbox"/> SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Colesterol alto
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Anemia falciforme	<input type="checkbox"/> Tuberculosis/TB
<input type="checkbox"/> Problemas de salud mental	<input type="checkbox"/> Otro (enumerar)

Formulario de consentimiento para servicios de telemedicina en la escuela

El objetivo del presente Formulario de Consentimiento es permitirle a los padres/tutores/menores emancipados/alumnos mayores de 18 años:

- (1) prestar consentimiento informado para que su hijo participe y reciba atención de un médico o proveedor de atención médica de Total Health Care a través del Programa de Telemedicina en la Escuela con o sin la presencia de un padre/tutor;
- (2) aceptar que la atención se brindará mediante telemedicina. La diferencia principal entre telemedicina y atención presencial es la imposibilidad del proveedor de tener contacto directo/físico con el paciente. Además, la calidad de la transmisión de telemedicina podría afectar la calidad del servicio de atención médica. El paciente puede dejar de usar la telemedicina en cualquier momento sin perjudicar el acceso posterior a atención, servicios o prestaciones.
- (3) asumir la responsabilidad del pago de los costos y honorarios no cubiertos por el seguro;
- (4) otorgarle permiso a Total Health Care para transmitir la información médica confidencial de su hijo al personal de las Escuelas Públicas del Condado de Anne Arundel que se encarga de la operación y administración del programa de salud, incluso, entre otros, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, terapeutas del habla, psicólogos, trabajadores sociales, coordinadores médicos y personal administrativo (en conjunto denominados "Personal Médico de las Escuelas Públicas del Condado de Anne Arundel") a fin de coordinar el tratamiento y la atención; y
- (5) otorgarle permiso al personal de las Escuelas Públicas del Condado de Anne Arundel para transmitir la información médica y otros datos personales pertinentes de su hijo a Total Health Care a fin de facilitar la evaluación de las necesidades médicas de su hijo, coordinar la atención de su hijo, brindar tratamiento o derivación y/o evaluar el Programa de Telemedicina en la Escuela y los servicios prestados.
- (6) permitirle a Total Health Care que transmita información médica al personal de las Escuelas Públicas del Condado de Anne Arundel y el historial médico escolar para cualquier tratamiento médico brindado por el Personal Médico de las Escuelas Públicas del Condado de Anne Arundel por recomendación de un proveedor de Total Health Care.

Consentimiento para servicios/tratamientos médicos

Firmando a continuación, el Padre/Tutor presta consentimiento para que su hijo reciba los siguientes Servicios de Telemedicina en la Escuela que sean necesarios y/o recomendables según se enumeran en esta sección del Formulario de Consentimiento (el "Servicio") por parte de un médico o proveedor de atención médica de Total Health Care mediante el Programa de Telemedicina en la Escuela de Total Health Care. El Padre/Tutor comprende que tiene la oportunidad de consultar sobre los riesgos, beneficios y alternativas de los Servicios comunicándose con Total Health Care al (410) 383-8300 y que Total Health Care recomienda que los Padres/Tutores lo hagan antes de firmar el presente Formulario de Consentimiento en caso de tener alguna pregunta sobre los Servicios. Asimismo, el Padre/Tutor comprende que el examen y la atención se realizarán mediante telemedicina. El Padre/Tutor acepta que mediante su firma en este Formulario de Consentimiento, presta consentimiento para los siguientes Servicios.

En caso de que no desee que su hijo reciba algún servicio en particular, indique cuál rodeándolo con un círculo.

Medicamentos de venta libre	Finalidad	Consentimiento para administrar (Sí/No)
Acetaminofén en tabletas masticables de 160 mg	Analgésico/antifebril para niños	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Acetaminofén en tabletas de 325 mg	Analgésico/antifebril	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Ibuprofeno en tabletas masticables de 100 mg (sin colorantes)	Analgésico/antifebril	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Ibuprofeno en tabletas de 200 mg	Analgésico/antifebril	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Difenhidramina en tabletas masticables de 12,5 mg	Síntomas de alergia/reacción alérgica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Carbonato de calcio en tabletas masticables de 400 mg (Pepto™ Kids Chewable Tablets)	Malestar estomacal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Salicilato de bismuto (Pepto líquido)	Náuseas, indigestión, malestar estomacal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Hidrocortisona 1 % en crema (crema antiprurito)	Inflamación/picazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Bacitricina Zinc - Sulfato de Neomicina - Sulfato de Polimixina B	Pomada con antibiótico para cortes/abrasiones/infecciones leves de la piel	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

Medicamentos bajo receta	Finalidad	Consentimiento para administrar (Sí/No)
Solución para inhalación de Sulfato de Albuterol (0,083 % 2,5 mg/3 mL)	Nebulización para asma, para tratar sibilancia, opresión en el pecho o dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Inhalador de Albuterol	Inhalador de rescate para sibilancia, opresión en el pecho o dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Sulfato de Polimixina B/Sulfato de Trimetoprima	Gotas para los ojos de venta bajo receta para conjuntivitis bacteriana (genéricas)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

Análisis en el sitio de atención	Finalidad	Consentimiento para realizar (Sí/No)
Test rápido de detección de antígenos de estreptococos	Test rápido de estreptococos por dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Análisis rápido de influenza para gripe A/B	Test rápido de gripe por síntomas similares a los de la gripe (tos, fiebre, dolor en el cuerpo, dolor de cabeza, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

Otros consentimiento	Consentimiento para realizar (Sí/No)
Atención y tratamiento en caso de lesión/enfermedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Atención por consultas médicas pediátricas/adolescentes comunes (como peso, acné, problemas menstruales)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Tratamiento para determinadas enfermedades crónicas (como asma, trastornos convulsivos, diabetes, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

Acuerdo de responsabilidad financiera

Algunos de los Servicios de Telemedicina en la Escuela se prestan sin costo para las familias independientemente de si el alumno tiene seguro o puede pagarlos. Es posible que le envíen una factura por determinados servicios si no están cubiertos por el seguro. Si corresponde, Total Health Care le facturará a la compañía aseguradora de su hijo los costos y honorarios que estén cubiertos por el plan de seguro de su hijo. El Padre/Tutor se compromete a suministrar información completa, precisa y oportuna en relación con el seguro médico que haya contratado para que Total Health Care pueda reclamar los pagos en tiempo y forma. El Padre/Tutor comprende que en caso de no brindar información completa, precisa y oportuna, incluso sobre cualquier modificación que se realice en la cobertura del seguro, es posible que el proveedor no pueda cumplir con las normas administrativas del plan de seguro de su hijo. El Padre/Tutor puede solicitarle a Total Health Care que le envíe una lista de costos usuales y habituales.

QUIEN SUSCRIBE, PADRE/TUTOR, EN PLENO USO DE SUS FACULTADES FÍSICAS Y MENTALES, DECLARA QUE HA LEÍDO EL PRESENTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO, QUE RECIBIÓ INFORMACIÓN SOBRE LA CARTA DE DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL PACIENTE, INCLUSO SOBRE EL PROCESO DE PRESENTACIÓN DE QUEJAS O RECLAMOS, QUE COMPRENDE Y ACEPTA LA INFORMACIÓN INCLUIDA EN EL PRESENTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO, QUE INCLUYE, ENTRE OTROS, LAS ESTIPULACIONES SOBRE CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS/TRATAMIENTOS MÉDICOS Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA, Y QUE OTORGA VOLUNTARIAMENTE SU CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE SU HIJO RECIBA LOS SERVICIOS MÉDICOS ADICIONALES RECOMENDADOS.

Firma del Padre/Tutor:

Nombre del Padre/Tutor (en letra de imprenta):

Vínculo con el Hijo/Alumno: **Fecha:**

*En el presente formulario, el término "Padre/Tutor" incluye a: padre y madre/tutor/menor emancipado que firma en su propio nombre/alumno mayor de 18 años que firma en su propio nombre.

Autorización para transmitir información médica

Autorizo a Total Health Care a brindar información médica de mi hijo, incluso diagnósticos, documentación sobre tratamientos, vacunas y/o resultados de análisis clínicos al Personal de las Escuelas Públicas del Condado de Anne Arundel con fines de coordinación de atención, tratamientos y derivaciones. A fin de coordinar la atención, autorizo también al personal de las Escuelas Públicas del Condado de Anne Arundel a entregar una copia con información médica u otros datos personales pertinentes incluidos en la documentación escolar de mi hijo a Total Health Care a fin de facilitar la evaluación de las necesidades médicas de mi hijo, coordinador su atención, realizar tratamientos o derivaciones y/o evaluar el Programa de Telemedicina en la Escuela y sus servicios. Este permiso vence cuando su hijo ya no sea alumno regular de las Escuelas Públicas del Condado de Anne Arundel o cuando se revoque por escrito.

Comprendo que puede ser necesario otorgar mi consentimiento (o en algunos casos, el de mi hijo) expresamente para el suministro de cierta información sobre diagnósticos y tratamientos en relación con enfermedades de transmisión sexual, SIDA, VIH, enfermedades mentales, tratamientos psiquiátricos y/o tratamientos por drogadicción o alcoholismo. Si usted prestó consentimiento para el análisis, tratamiento o diagnóstico de su hijo respecto de determinadas lesiones, enfermedades o dolencias, Total Health Care cuenta con autorización específica para transmitir información en relación con tal diagnóstico, análisis o tratamiento, según se establece en esta Autorización.

Respecto de documentación relacionada con el tratamiento de alcoholismo y drogadicción, las leyes nacionales prohíben que el receptor de la información la transmita a menos que la persona a quien se refiere dicha información preste consentimiento expresamente por escrito o esté permitido de otra forma por ley nacional.

Comprendo que no estoy obligado a firmar esta autorización, que lo hago de forma voluntaria y que si me niego a firmar esta autorización para transmitir información médica de mi hijo, de ninguna forma eso implicará que mi hijo no reciba atención o tratamiento por parte de Total Health Care o del Personal que corresponda de las Escuelas Públicas del Condado de Anne Arundel. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento previamente a la transmisión de la información médica de mi hijo.

Soy consciente de que existe el riesgo de que la información transmitida en virtud del presente consentimiento pueda ser divulgada nuevamente por el receptor y deje de estar protegida.

Acuse de recibo de Aviso de Prácticas de Confidencialidad

Fui notificado de que en mi carácter de paciente, puedo solicitarle una copia de los formularios de Aviso de Prácticas de Confidencialidad a Total Health Care, Inc. Sé que también los puedo consultar en el sitio web:

Total Health Care, Inc.

<https://www.totalhealthcare.org>

EL PADRE/TUTOR DECLARA QUE HA LEÍDO LA PRESENTE AUTORIZACIÓN PARA TRANSMITIR INFORMACIÓN MÉDICA DE SU HIJO Y PRESTA CONSENTIMIENTO PARA LA TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SU HIJO SEGÚN SE DETALLA EN LA AUTORIZACIÓN ANTERIOR.

EL PADRE/TUTOR RECONOCE QUE RECIBIÓ INFORMACIÓN SOBRE CÓMO OBTENER EL AVISO DE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD SEGÚN SE EXPLICA EN ESTE CONSENTIMIENTO.

EL PRESENTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO SERÁ VÁLIDO MIENTRAS EL PARTICIPANTE ESTÉ MATRICULADO EN LAS ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE ANNE ARUNDEL O HASTA SU REVOCACIÓN EFECTUADA POR ESCRITO.

Firma del Padre/Tutor:

Nombre del Padre/Tutor (en letra de imprenta):

Vínculo con el hijo/alumno:

Fecha:

Nombre del alumno:	Fecha de nacimiento del alumno:	Escuela a la que asiste:
---------------------------	--	---------------------------------

*En el presente formulario, el término "Padre/Tutor" incluye a: padre y madre/tutor/menor emancipado que firma en su propio nombre/alumno mayor de 18 años que firma en su propio nombre.