

Vidas más Saludables en las Escuelas y más Allá

Parental Formulario de Permiso de los Padres Para los Servicios de Telemedicina

2019-2020

Al completar este formulario, doy mi consentimiento de antemano para que mi hijo tenga acceso a cualquiera o todos los servicios del proyecto de telemedicina de **Vidas más Saludables en las Escuelas y más Allá** mientras mi hijo permanezca inscrito en las Escuelas del condado de Dublín. Los servicios incluyen: evaluación y diagnóstico de enfermedades comunes (faringitis, fiebre, gripe, dolores en los oídos, asma, sarpullido, etc.), consejería de salud conductual y educación nutricional. Estos servicios son provistos por un equipo de profesionales con licencia.

*****Los estudiantes deben tener el permiso de los padres para que los proveedores del proyecto de Telemedicina Vidas más Saludables de la escuela y más allá los puedan ver. ***Los padres serán notificados antes de que ocurra cualquier servicio de telemedicina.**

Nombre del Estudiante (primer, segundo, apellido): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Idioma de Preferencia: _____

Raza: _____ Etnicidad: ☐ Hispano ☐ No Hispano

Dirección de Correo: _____

Escuela: _____ Nombre del Maestro: _____

Médico de Atención Primaria (incluya el nombre del sitio médico y el proveedor): _____

Correo electrónico del Padre/Tutor: _____

Tiene su hijo seguro Médico: SI /NO Si es así, que tipo (encierre en un círculo): Medicaid Privado

#/Identificación del Seguro Médico: _____ # Del Seguro Social: _____

Farmacia (incluya dirección): _____

Nombre del Padre / Tutor (favor de escribir en letra impresa): _____

Firma del Padre / Tutor: _____

Relación con el niño: _____ # De teléfono: _____ Correo Electronico: _____

Por favor coloque una marca al lado de los servicios a los que le da permiso a su hijo para usar:

_____ Le doy permiso a mi hijo para acceder a los siguientes servicios:

Asesoramiento de salud conductual y educación nutricional proporcionado por la Universidad del Este de Carolina

Servicios médicos de cuidados graves proporcionado por el centro de salud rural innovación/Health-e-Schools

_____ No le doy permiso a mi hijo para acceder a ninguno de los servicios anteriores.

Lea y firme un acuerdo para los servicios médicos: HIPAA/FERPA: El personal de Health-e-Schools compartirá información confidencial solamente en las siguientes situaciones: cuando sea educativo relevante para el progreso académico del estudiante, cuando sea necesario para atender las necesidades potenciales de cuidado de la salud, para asegurar la seguridad del paciente, otros estudiantes / Personal y/o personal de la escuela, u otras situaciones especificadas por la ley. El personal de Health-e-Schools puede discutir la medicación del paciente y otras necesidades de cuidado de salud con los miembros apropiados del personal que administrarán los medicamentos del estudiante y proveerán cuidado al estudiante mientras el estudiante esté en la escuela. Información adicional detallada sobre las Prácticas de Privacidad que rigen el Programa de Telemedicina de Salud-e-Schools está disponible en nuestro sitio web en www.health-e-schools.com y en cada oficina de la enfermera de la escuela. Yo, el abajo firmante, doy permiso y consentimiento para que el paciente inscrito anteriormente reciba tratamiento a través de Health-e-Schools. Entiendo la naturaleza de este tratamiento, la forma en que se proporciona, y los detalles y limitaciones de esta forma y estilo de tratamiento. Yo doy permiso para que Health-e-Schools reciba información de la escuela sobre el historial médico de mi hijo si es apropiado. Reconozco que se me ha ofrecido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad. Estoy de acuerdo en publicar todos los registros relacionados con este tratamiento al Proveedor de Atención Primaria. Estoy de acuerdo en que seré responsable de todos los costos asociados con dicho tratamiento y que proporcionaré toda la información del seguro solicitada. Todos los costos y tarifas no cubiertos por el seguro serán mi responsabilidad. Como abajo firmante de este paciente, autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar reclamaciones de seguro para el pago de beneficios a CRHI para Health-e-Schools. La información anterior es verdadera y completa según mi mejor conocimiento. Al firmar este formulario, declaro que la información que estoy proporcionando es exacta y actualizada, y actualizaré a Health-e-Schools con cualquier cambio lo antes posible. Este formulario es válido hasta que la revocación por escrito sea recibida por el personal de Health-e-Schools o el estudiante / personal ya no esté inscrito en el sistema escolar.

Firma: _____ Fecha de firma: _____

Por favor devuelva este formulario a la enfermera o maestro de la escuela de su hijo.