CONSENT TO PARTICIPATE IN THE VIRTUAL HEALTH VILLAGE

Purpose

Sharing your child's electronic health information in the Virtual Health Village will allow their health care provider and school health office to review all of his or her medical history and treatments. This will help your child's health care provider and school nurse to make better informed decisions about your child's medical care.

By signing this consent, you agree to allow your child's health information to be used by health care providers at participating hospitals, pediatric clinics and your child's school. The information will be used to provide your child with medical treatment and educational/school-based needs as explained further in this Consent form.

Sharing your child's electronic health information in the Virtual Health Village is your choice. If you decide not to share your child's electronic health information, that will not prevent you from seeking and/or obtaining health care from participating providers. Your decision to participate or not participate will not affect your child's insurance eligibility.

What is the Virtual Health Village?

The Virtual Health Village is a name that the Childrens Health Care Alliance is calling its electronic health information exchange, or "HIE". This HIE will permit a collaboration of local health care providers and your child's school district to share information about your child's medical condition that will help the hospitals, pediatric clinics and your child's school health nurses access information necessary to provide services to your child.

Types of Information Included in this Consent

If you give consent, any participating health care provider and your child's school may view and share ALL of your child's health information available in their records. This includes information created before and after the date of this consent form. Your child's health records may include a history of illnesses or injuries your child has had (like diabetes or a broken bone), test results (like x-rays or blood tests), and medicines he or she has taken.

Some state and federal laws provide additional rules for sensitive health conditions. The Virtual Health Village will follow all applicable state and federal laws while participating in the Virtual Health Village, including those laws regarding specific sensitive health conditions.

Where Health Information about your child comes from

Information about your child's health comes from places that have provided your child with health care. These places may include hospitals, physicians' offices, pharmacies, clinical laboratories, and other organizations that exchange health information electronically. They also come from your child's school records, including his/her student health records, nursing records, special education and Section 504 records.

Who may access information about your child, if you give consent

Only people providing your child with health care services and your child's school are allowed to access your child's electronic health information. At your child's school, the school nurses will primarily be the individuals accessing the records, but they may share the information with other individuals at the school who have a legitimate educational interest in the information, including teachers, guidance counselors and administrators. By giving your consent to participate in the Virtual Health Village, you are agreeing that the records and information contained within the Virtual Health Village may become part of your child's educational records at the school.

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN LA ALDEA DE SALUD VIRTUAL

Propósito

Intercambio de información electrónica de la salud de su hijo(a) en el pueblo de salud Virtual permitirá que su proveedor de atención médica y la oficina de salud escolar
revisa todo su historial médico y los tratamientos. Esto ayudará al proveedor de atención médica de su hijo(a) y enfermera de la escuela para tomar decisiones mejor informadas
sobre la atención médica de su hijo(a).

Al firmar este consentimiento, usted acepta permitir la información de salud de su hijo(a) ser utilizado por proveedores de atención médica en clínicas pediátricas de los hospitales participantes y la escuela de su hijo(a). La información se utilizará solamente para proveer a su hijo(a) con tratamiento médico y necesidades educativas/escolares como se explica más en este formulario de consentimiento.

Intercambio de información electrónica de la salud de su hijo(a) en el pueblo de salud Virtual es su opción. Si no desea compartir información electrónica de la salud de su hijo(a) que no le impedirá buscar o obtener atención médica de los proveedores participantes su decisión de participar o no participar no afectará la elegibilidad seguros de su hijo(a).

¿Qué es la Aldea de Salud Virtual?

La Aldea de salud Virtual es un nombre que la Alianza de Cuidado de la Salud Infantil le llama a su intercambio de información electrónica de la salud, o "HIE". Este HIE permitirá una colaboración de proveedores locales de cuidado de la salud y el distrito escolar de su hijo(a) para compartir información sobre la condición médica de su hijo(a) que ayudará a las clínicas pediátricas y enfermeras de salud escolar de su hijo(a) acceso a la información necesaria para prestar servicios a su hijo(a).

Tipos de datos incluidos en este consentimiento

Si usted da consentimiento, cualquier proveedor participante de cuidado de la salud y la escuela de tu hijo(a) puede ver y compartir TODA la información de salud disponible en sus registros. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de este formulario de consentimiento. Los registros de salud de su hijo(a) pueden incluir un historial de enfermedades o lesiones que ha tenido su hijo (como diabetes o un hueso roto), resultados de las pruebas (como las radiografías o exámenes de sangre) y medicamentos que él o ella ha tomado.

Algunas leyes estatales y federales proporcionan reglas adicionales para las condiciones de salud delicada. La Aldea de salud Virtual seguirá todas las leyes federales y estatales aplicables mientras participe en la Aldea Virtual de Salud, incluyendo las leyes concernientes a las condiciones específicas de salud delicada.

De dónde viene la información médica sobre su hijo

Información sobre la salud de su hijo(a) proviene de lugares que han proporcionado a su hijo con cuidado de la salud. Estos lugares pueden incluir hospitales, oficinas médicos, farmacias, laboratorios clínicos y otras organizaciones que intercambien información médica electrónicamente. También proceden de los registros escolares de su hijo(a), incluyendo sus registros de salud estudiantil, registros, educación especial y la sección 504 registros.

Quién puede acceder a información sobre su hijo(a), si usted da consentimiento

Sólo personas proporcionando a su hijo(a) con servicios de salud y escuela de su hijo(a) pueden acceder a la información electrónica de la salud de su hijo(a). En la escuela de su hijo, las enfermeras escolares serán principalmente los individuos acceder a los registros, pero puede compartir la información con otros individuos en la escuela que tienen un interés educativo legítimo en la información, incluyendo

Withdrawing your consent

You can withdraw your consent to participate in the Virtual Health Village at any time. If you withdraw your consent, your child's electronic health information will continue to be stored with your child's health care provider and your child's school. Your decision to stop your child's participation in the Virtual Health Village will not affect your child's access to care or adversely impact your child's academic record.

Providers who view or share your child's electronic health information through the Virtual Health Village while your consent is in effect may copy or include your child's information in their own electronic health records system. Even if you later decide to withdraw your consent, they are not required to remove the information from their records, and they may continue to use and/or disseminate that information as permitted by law.

Effective period

Your consent will remain in effect until (1) you withdraw your consent; (2) your child attains age eighteen (18); or (3) your child is no longer enrolled in their current school district.

Upon your child attaining age eighteen (18), a new consent form must be signed by your child for continued participation.

In the event that your child enrolls in another school district participating in the Virtual Health Village, a new consent form must be signed for continued participation.

Questions

If you have any additional questions about consenting to your child's participation in the Virtual Health Village, please contact your School Nurse or Health Care Provider.

I have been given the opportunity to ask questions and all of my questions have been answered. I understand the benefits and risks of my child's participation in the Virtual Health Village and consent to his/her participation.

You will receive a signed copy of this consent form to keep and refer to.

Printed Child's Name	Child's Date of Birth
	Child's Grade Level
Printed Parent or Guardian Name	Relationship to Child (Check which applicable) ___Parent ___Guardian
Signature of Parent or Guardian	

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN LA ALDEA DE SALUD VIRTUAL

maestros, consejeros y administradores. Al dar su consentimiento para participar en la aldea de salud Virtual, usted acepta que los registros y la información contenida en la Aldea de Salud Virtual pueden convertirse en parte de los expedientes educativos de su hijo(a) en la escuela.

Retirar su consentimiento

Usted puede retirar su consentimiento para participar en la Aldea de Salud Virtual en cualquier momento. Si retira su consentimiento, la información de salud electrónica seguirá será almacenada con su proveedora de salud y escuela de su hijo(a). Su decisión de impedir la participación de su hijo(a) en el Aldea de Salud Virtual no afectará el acceso de su hijo(a) para atención o impacto adverso sobre el expediente académico de su hijo(a).

Los proveedores que vean o compartan información electrónica de la salud de su hijo(a) a través de la Aldea de Salud Virtual mientras que su consentimiento es en efecto pueden copiar o incluir información de su hijo(a) en su propio sistema de registros electrónicos de salud. Incluso si más adelante decide retirar su consentimiento, no están obligados a eliminar la información de sus registros, y podrán continuar usar o divulgar esa información en la medida permitida por la ley.

Período de vigencia

Su consentimiento permanecerá en efecto hasta que (1) usted retira su consentimiento; (2) Su hijo(a) ha cumplido los 18 anos; o (3) En caso de que su hijo(a) se inscriba con otro distrito escolar participando en la aldea de salud Virtual, debe firmarse un nuevo formulario de consentimiento para la participación continuada.

Preguntas

Si usted tiene preguntas adicionales acerca de su consentimiento a la participación de su hijo(a) en el pueblo de salud Virtual, por favor póngase en contacto con su enfermera de la escuela o proveedor de cuidado de la salud.

Me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas. Entiendo los beneficios y riesgos de la participación de mi hijo(a) en el Aldea de Salud Virtual y da su consentimiento para su participación.

Usted recibirá una copia firmada de este formulario de consentimiento para mantener y consulte.

Nombre impreso del niño(a)	Fecha de nacimiento del nino(a)
Padre Impreso o tutor nombre	Nivel de grado del nino(a)
Firma del padre o tutor	Relación con el niño(a) ____Parent (Compruebe que aplicable) ____Guardian