



## Servicios de Telemedicina

**Información Demográfica:** (Imprima por favor) Escuela: \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente:** (Primer Nombre): \_\_\_\_\_

(Segundo Nombre): \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

### **Information del Seguro:**

1. Compañía de seguro primario:

\_\_\_\_\_

Nombre del/ de la titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Numero de identification del miembro: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

2. Compañía de seguro segundo: \_\_\_\_\_

Nombre del/ de la titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Numero de identification del miembro: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

### **Historia Médica del Paciente:**

Alergias: \_\_\_\_\_

Medicamentos diarios: \_\_\_\_\_

Cirugías: \_\_\_\_\_

Necesidades especiales de la salud: \_\_\_\_\_

## HIPAA- PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

### Aviso de prácticas de privacidad y consentimiento para los servicios de telemedicina de Ocoee Pediatrics

Nombre del hijo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del hijo: \_\_\_\_\_

En Ocoee Pediatrics estamos obligados por ley a mantener la privacidad y proporcionar a las personas el Aviso adjunto de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Si tiene alguna objeción al Aviso, solicite hablar con nuestro gerente de oficina en persona o por teléfono a nuestro número de teléfono principal. Si desea una copia del Aviso, solicítela a la enfermera de la escuela de su hijo.

Debe poner sus iniciales en cada una de las siguientes líneas:

\_\_\_\_\_ Entiendo que si mi hijo tiene una emergencia médica, se indicará a la escuela de mi hijo que marque el 9-1-1 de inmediato y que nuestros proveedores no podrán conectarme directamente con ningún servicio de emergencia local.

\_\_\_\_\_ Entiendo que las alternativas a la consulta de telemedicina, como los servicios en persona con el médico de atención primaria de mi hijo, están disponibles y se me ofrecen antes de los servicios de telemedicina, y al elegir participar en una consulta de telemedicina, entiendo que algunas partes de estos servicios involucran El sistema escolar de mi hijo puede realizar pruebas (por ejemplo, estreptococo, gripe, covid, orina), bajo la dirección de nuestros proveedores.

\_\_\_\_\_ Entiendo que mi información de atención médica puede compartirse con otras personas con fines de programación y facturación. Entiendo que las leyes federales y estatales exigen que los proveedores de atención médica protejan la privacidad y la seguridad. Entiendo que Ocoee Pediatrics tomará medidas para asegurarse de que nadie que no deba ver mi información médica la vea.

He leído detenidamente este formulario y entiendo completamente su contenido, incluidos los riesgos y beneficios de los servicios de telemedicina. Reconozco que entiendo y estoy de acuerdo con lo anterior y por la presente doy mi consentimiento para que mi hijo reciba atención a través de los servicios de telemedicina de Ocoee Pediatrics. Entiendo que los servicios de telemedicina prestados por Ocoee Pediatrics no reemplazan al médico de atención primaria de mi hijo y que debo continuar con las necesidades de atención médica de rutina de mi hijo con su pediatra establecido. Por la presente reconozco que he recibido el documento Aviso de práctica de privacidad de HIPAA.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal del niño

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del padre/tutor legal del niño