

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PROGRAMA ESCOLAR DE TELESALUD

Todos los estudiantes reciben tratamiento de primeros auxilios básico mientras están en la escuela. Sin embargo, para que los estudiantes puedan recibir una consulta de telesalud, los padres o tutores deben hacer lo siguiente:

1. Completar la información legal/de pago/del seguro correspondiente;
2. Seleccionar un proveedor de telesalud;
3. Firmar los documentos de inclusión voluntaria y consentimiento de telesalud incluidos a continuación una vez por año escolar; **Y**
4. **Dar consentimiento verbal al momento de la consulta.**

### A – INFORMACIÓN LEGAL Y DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE O ESTUDIANTE

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Nombre preferido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Pronombres preferidos (opcional): \_\_\_\_ él \_\_\_\_ ella \_\_\_\_ elle

Raza (opcional):

\_\_\_\_ Caucásico    \_\_\_\_ Negro o afroamericano    \_\_\_\_ Nativo de los Estados Unidos o nativo de Alaska

\_\_\_\_ Asiático    \_\_\_\_ Hawaiano nativo o isleño del pacífico

Etnia (opcional):

\_\_\_\_ No hispano ni latino    \_\_\_\_ Hispano o latino

Domicilio completo del estudiante:

Calle y número: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### B – INFORMACIÓN LEGAL Y DEMOGRÁFICA DEL GARANTE (Parte responsable en términos financieros)

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Pronombres preferidos (opcional): \_\_\_\_ él \_\_\_\_ ella \_\_\_\_ elle

Número telefónico: \_\_\_\_\_

Domicilio completo del garante (si es diferente al domicilio del estudiante):

Calle y número: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

### C – PAGOS Y SEGURO

Los proveedores de telesalud pueden cobrarle por las consultas. Los padres o tutores pueden elegir el método de facturación de acuerdo a su preferencia. Cualquier gasto adicional en pacientes con seguro médico es responsabilidad del paciente, NO del distrito o de la escuela. Los pacientes que requieran ayuda financiera pueden solicitarla más abajo.

---

**Elija UNA opción:**

- Facturar al seguro médico del estudiante o paciente a mi cargo:**

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Nombre del plan (si corresponde): \_\_\_\_\_

ID del pagador (si corresponde): \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor primario: \_\_\_\_\_

Domicilio completo del suscriptor primario (si es diferente al domicilio del estudiante):

Calle y número: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del suscriptor primario: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pronombres preferidos del suscriptor primario (opcional): \_\_\_\_ él \_\_\_\_ ella \_\_\_\_ elle

Número de identificación de seguro del suscriptor primario: \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el suscriptor: \_\_\_\_\_

- No tengo seguro médico, pero puedo pagar por la consulta de telesalud. La consulta se facturará a nombre del garante mencionado anteriormente. (El costo de las consultas es de hasta \$69.00)**
- Me preocupa no poder pagar la consulta y me gustaría solicitar asistencia financiera.**

**D – FARMACIA PREFERIDA**

---

Si el proveedor determina que es necesario seguir un tratamiento bajo receta médica, la receta se enviará a la farmacia que se menciona abajo. El padre o tutor es responsable de ir a buscar el medicamento a la farmacia y administrar la primera dosis en su hogar.

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

---

## F – ACUERDO DEL PACIENTE

---

- Atestiguo que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.
- Entiendo que el servicio médico de la escuela intentará comunicarse conmigo en caso de que el estudiante a mi cargo requiera atención médica en la clínica que no sean primeros auxilios típicos y que no se realizará una consulta sin el consentimiento de un padre o tutor al momento de necesitar el servicio.
- Entiendo que los medicamentos pueden ser administrados por personal de asistencia sin licencia o por voluntarios escolares capacitados bajo la dirección de una enfermera.
- En caso de haberlo seleccionado arriba, doy mi consentimiento para que el estudiante a mi cargo reciba servicios de salud, lo que incluye exámenes físicos, tratamiento para problemas crónicos o agudos de salud, educación para la salud y análisis de diagnóstico limitado (p. ej. cultivo de garganta, examen reactivo de orina, etc.). Es posible que se requiera tomar fotografías o videos durante el examen realizado en la consulta de telesalud. Estas fotos o videos pueden ser compartidas con proveedores consultores durante las consultas de telesalud. Estas fotos o videos se eliminarán del dispositivo utilizado luego de la consulta de telesalud y el (Distrito escolar) no almacenará ningún registro permanente.
- Entiendo que el personal de la escuela no tiene acceso al historial médico y que los resultados de todos los exámenes y orientaciones son estrictamente confidenciales. Estoy de acuerdo con que los registros del paciente se compartan con el Departamento de Salud de Utah y con cualquier proveedor de telesalud o médico consultor según sea necesario.
- En el caso de que el estudiante a mi cargo tenga alguna enfermedad que deba comunicarse, doy mi consentimiento al Departamento de Servicios de Salud de la Clínica escolar del (Distrito escolar) para que comparta la información médica del estudiante con la escuela.
- Entiendo que en el caso de que se considere necesario enviar al estudiante a mi cargo a casa durante el horario escolar por motivos médicos, se deberá recoger al estudiante de la escuela dentro de los 45 minutos siguientes a la notificación por parte de la institución.
- Es posible que se facture por los servicios prestados por el proveedor de telesalud. Estoy de acuerdo con ser responsable de cualquier cargo no cubierto por mi compañía de seguros. Algunos proveedores seleccionados pueden llegar a ofrecer ayuda financiera a familias que no tengan seguro médico o que tengan dificultades económicas. El (Distrito escolar) no se hará responsable de ningún gasto financiero en los que haya incurrido durante la consulta de telesalud.
- Entiendo que puedo retirar mi consentimiento para que el estudiante a mi cargo reciba tratamiento por parte de la Clínica de telesalud del (Distrito escolar) en cualquier momento mediante documentación escrita entregada al personal de la clínica.

Nombre del padre o tutor legal en letra imprenta: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del intérprete (si corresponde): \_\_\_\_\_ Agencia: \_\_\_\_\_

## Consentimiento y condiciones de servicio – Programa escolar de Connect Care

Como paciente o representante personal del paciente (en cualquier caso, denominado "Paciente"), acepto los términos y condiciones de este acuerdo. Al firmar a continuación, acepto que los siguientes términos se apliquen a todos los servicios de atención médica que reciba el Paciente por parte de proveedores que trabajen o sean contratados por IHC Health Services, Inc (en adelante "Intermountain Healthcare" o "Intermountain") y que se proporcionen mediante la plataforma de Connect Care. Los términos "yo", "mi" y "usted" en este acuerdo se refieren al paciente y a su agente autorizado o representante legal.

### Consentimiento para los servicios de atención médica

1. **Doy mi consentimiento para recibir los servicios de atención médica por medio del Servicio Connect Care proporcionado por Intermountain.** Esto incluye los servicios que pueda recibir por parte de empleados, personal médico y contratistas independientes de Intermountain en cualquier consulta médica realizada durante el año escolar. Los servicios de atención médica incluyen toda la atención médica y los servicios médicos, quirúrgicos, terapéuticos y de diagnóstico relacionados, la implementación de órdenes médicas y todas las pruebas, estudios, tratamientos y procedimientos indicados y realizados de buena fe de que sean médicamente necesarios o apropiados de otro modo para mí, dadas las circunstancias.

Entiendo que:

- Todos los servicios de atención médica conllevan algún riesgo, a veces incluso el riesgo de sufrir daños graves. Acepto este riesgo con la esperanza de un buen resultado.
- No se me han hecho promesas sobre el resultado final o la cura.
- Es posible que se lleven a cabo capacitaciones de proveedores de atención médica durante mi atención. Cualquier atención brindada por un pasante en capacitación estará bajo la supervisión de mi médico o equipo de atención médica.
- Puedo cambiar de opinión o rechazar la atención. Si lo hago, debo informar a mi equipo de atención médica lo antes posible.

### Privacidad de mi entorno

2. Entiendo que puedo acceder al Servicio de Connect Care por medio de una aplicación móvil (que es parte del Servicio de Connect Care) o un navegador web aprobado con la ayuda de un teléfono, dispositivo, computadora, quiosco u otro equipo que pueda estar ubicado en una variedad de entornos. Al utilizar el Servicio de Connect Care, entiendo y acepto que:
  - Soy responsable de determinar mis expectativas de privacidad y seguridad al elegir mi entorno.
  - Soy responsable de asegurarme de que me siento cómodo con la privacidad y seguridad de mi entorno, independientemente de cómo accedo al Servicio Connect Care o de quién es el propietario del equipo por medio del cual se proporciona el servicio.
  - Si no estoy cómodo con compartir cierta información en el entorno en el que me encuentro, no la compartiré.
  - Si elijo compartir la información en un entorno que no sea privado o seguro, lo haré bajo mi propio riesgo.
  - Ni Intermountain Healthcare ni ningún tercero es responsable de la información que decido divulgar o no según el entorno en el que me encuentro.

### Mi información médica protegida

3. **Intermountain mantendrá la confidencialidad de mi historial médico**, como lo exigen las leyes estatales y federales. Se me ha ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Intermountain, que describe cómo se puede usar y compartir la información médica sobre mí y mis derechos, incluido cómo puedo acceder a esta información. Puede ser revisada de vez en cuando y puedo pedir ver una copia en cualquier momento.
4. Doy mi consentimiento para que cualquier persona de Intermountain tenga acceso a mi información médica, si la necesita para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, sin mi aprobación adicional.

### Consentimiento para servicios de telesalud

5. Entiendo que Connect Care es un servicio de telesalud. Al utilizar los servicios de telesalud, entiendo que:
  - Podré seleccionar al proveedor que me proporcione tratamiento por medio de Connect Care en la medida de lo posible.
  - Intermountain protege la información médica sobre mí utilizada en los servicios de telesalud y solo usa y comparte esta información como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad de Intermountain.
  - La tecnología utilizada para ofrecer servicios de telesalud cumple los estándares de seguridad y privacidad de la industria.
  - Esta tecnología podría fallar y provocar la pérdida de información y la exposición potencial de mi información de salud, a pesar de las medidas de seguridad implementadas.

### Asistencia financiera

6. Entiendo que **puedo solicitar asistencia financiera** a través de la Política de Asistencia Financiera de Intermountain.

### Pagos gubernamentales y de seguros

7. **Doy mi consentimiento para que Intermountain solicite beneficios de seguro** para pagar mi atención.
  - Transfiero a Intermountain (y a cualquier otro proveedor de atención médica por quien Intermountain facture) los beneficios de cualquier póliza de seguro o de otro pagador que pueda pagar por mi atención.
  - Doy mi consentimiento para que Intermountain (y cualquier persona que pueda asignar como mi representante legal) negocie reclamaciones con cualquier compañía de seguros u otro pagador para obtener el pago por los servicios que se me brindan.
  - Doy mi consentimiento para que Intermountain deposite cualquier dinero recibido contra los cargos del establecimiento (y de cualquier otro proveedor de atención médica por quien Intermountain facture).

8. Doy fe de que **toda la información que he utilizado para solicitar los beneficios del gobierno es correcta**. Esto incluye Medicare, Medicaid, Tricare o cualquier otro programa gubernamental.
- Doy mi consentimiento para que Intermountain (o cualquier otra persona con información médica necesaria para procesar una reclamación de pago) la comparta con los administradores de programas gubernamentales o cualquier otro pagador.
  - Solicito a estos pagadores que realicen pagos por todos estos servicios directamente a Intermountain.

**Lo que soy responsable de pagar**

9. Yo, como paciente o como persona que firma en nombre del paciente que es legalmente responsable de pagar por la atención del paciente (la "Parte responsable"), acepto pagar los siguientes cargos:
- **Todos los montos adeudados por los servicios de atención médica que recibo de Intermountain**, según lo determine Intermountain o un contratista independiente.
  - **Mi parte de los costos**, incluidos todos los copagos, deducibles y coseguros que correspondan.
  - Todos los **cargos por servicios no cubiertos**.
  - **Intereses sobre saldos impagos** que tienen más de 30 días de vencimiento o que Intermountain o un contratista independiente envía para su cobro.
  - Un cargo por servicio de \$20.00 por cualquier cheque o forma de pago que regrese impago.
  - Todos los costos y honorarios de abogados (si se usan) en los que Intermountain o un contratista independiente incurra si alguno de ellos remite mi factura vencida para su cobro.
  - Si soy la Parte Responsable, por la **presente doy mi consentimiento para las consultas de la agencia de crédito** para las necesidades comerciales de Intermountain Healthcare o del contratista independiente, incluidas las compañías de administración de cuentas y los cobradores de deudas.
10. Acepto que cualquier pago en exceso que realice se aplicará a cualquier otra cuenta con Intermountain que yo adeude y que cualquier exceso se reembolsará a la parte correspondiente de acuerdo con la política de Intermountain.

**Consentimiento para comunicaciones de texto, digitales y por correo electrónico**

11. **Por la presente, doy mi consentimiento para recibir comunicaciones de texto, digitales y por correo electrónico** (incluidos mensajes y llamadas marcados automáticamente, artificiales y pregrabados) a mi número de teléfono celular, dirección de correo electrónico y cualquier otro número de teléfono proporcionado durante cualquier interacción, acuerdo o comunicación con el sistema de Intermountain Healthcare, el contratista independiente o sus filiales, representantes y contratistas. Reconozco que las comunicaciones de texto y de correo electrónico no son un método seguro de comunicación y acepto el riesgo de que mi información pueda ser interceptada y leída por un tercero.

**Cambios a este consentimiento**

12. Si hago cambios en este documento de consentimiento, no son válidos.

**Al firmar a continuación, entiendo y acepto lo siguiente:**

- He tenido la oportunidad de leer este acuerdo, o de que me lo lean, y entiendo lo que estoy acordando.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre este acuerdo y he recibido respuestas satisfactorias a todas mis preguntas.
- Puedo pedir una copia de este acuerdo.
- Este documento permanecerá en vigor, a menos que lo revoque por escrito.

He recibido o me han ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Intermountain Healthcare.

Fecha: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_

Fecha:	Firma del paciente o del representante autorizado	Nombre del representante (nombre en letra de imprenta)
--------	---	--



Los servicios lingüísticos, gratuitos, están disponibles bajo petición \* Se proveen servicios de interpretación gratis. Hable con un empleado para solicitarlo \* 我們將根據您的需求提供免費的口譯服務。請找尋工作人員協助