

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del niño (apellido, primer nombre, segundo nombre) _____ Hombre () Mujer ()

Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____ / _____ / _____ Núm. de seguro social _____

El niño vive con: La madre El padre El tutor/otra persona: _____ Teléfono: _____

Dirección del niño (núm., calle, ciudad, estado, código postal): _____

Farmacia preferida: _____ Esquina de las calles: _____ Pediatra / Médico de cabecera: _____ Teléfono: _____

Nombre de la escuela: _____ Distrito escolar: _____ Etnia (por favor seleccione el grupo que corresponda): Latino/Hispano Rehúso responder

Raza (seleccione el grupo que corresponda): Indioamericana/Nativa de Alaska Asiática Negra/Afroamericana Nativa de Hawái/De otra Isla del Pacífico
 Blanca/Caucásica Other

INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR

Nombre del padre o tutor: _____ Teléfono principal: _____ Teléfono alterno: _____

Fecha de nacimiento del tutor: _____ / _____ / _____ Correo electrónico: _____ No me contacten por correo electrónico:

PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA- En caso de emergencia, ¿con quién nos debemos comunicar? _____ Teléfono: _____

Parentesco: _____ Children's Health Pediatric Group puede divulgar información médica y de facturación a esta persona. SÍ NO

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

¿El paciente tiene cobertura de seguro médico? SÍ NO ¿El paciente tiene cobertura de seguro de Medicaid?: SÍ NO

Nombre de la persona responsable del pago de las facturas La madre El padre Otra: _____ Teléfono principal: _____

Dirección: La misma del niño Otra (ciudad, estado, código postal) _____

Nombre del titular de la póliza de seguro médico El niño La madre El padre Otra: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

Empleador: _____ Nombre del seguro médico: _____ Teléfono: _____

Núm. de identificación del seguro médico: _____ Núm. de grupo: _____

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Reconocimientos: Información médica protegida – Aviso sobre prácticas de privacidad: El aviso sobre Prácticas de Privacidad de Children's Health expone cómo Children's Health puede utilizar y divulgar la información médica, protegida (PHI, siglas en inglés) del Paciente con fines de tratamiento, pago y operaciones de la salud, así como para otros propósitos permitidos o exigidos por la ley. Reconozco que he recibido el aviso sobre Prácticas de Privacidad de Children's Health y que cualquier pregunta o preocupación se pueden dirigir al director de privacidad de Children's Health.

Uso y divulgación de información: Entiendo que los expedientes médicos del Paciente son confidenciales y los datos que contienen no pueden ser divulgados sin mi autorización por escrito, excepto cuando lo autorice la ley. Las divulgaciones autorizadas están indicadas en la notificación sobre prácticas de privacidad. Entiendo que la información médica del Paciente comprende información actual, pasada y futura, y que puede incluir pruebas o consejo genético, información sobre enfermedades contagiosas como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), registros relacionados con tratamientos de enfermedades mentales o psiquiátricas y diagnóstico y tratamiento por abuso del alcohol o drogadicción ("información médica"). Autorizo la divulgación de esta Información Médica como parte del expediente médico del Paciente. Entiendo que Children's Health debe conservar los expedientes médicos del Paciente por un período de tiempo exigido por la ley, y que luego podrá deshacerse de ellos tal como lo permita o exija la ley.

Compartición de información médica por medios electrónicos: Autorizo a Children's Health a usar la Información Médica del Paciente para fines de tratamiento, pago, operaciones normales relacionadas con la atención de la salud (en conjunto denominados "Propósitos") o como lo permita la ley. Reconozco que Children's Health divulgará y enviará la Información Médica del Paciente, por medios electrónicos o de otra forma, a terceros para los Propósitos que describe el presente o como lo permita la ley. Entiendo que, una vez divulgada, la Información Médica ya no estará protegida por las leyes estatales o federales de privacidad y, por lo tanto, puede quedar sujeta a volver a ser divulgada por el destinatario. La información Médica divulgada podrá formar parte de los expedientes médicos de proveedores de atención médica distintos de Children's Health y podrá ser divulgada más adelante.

Intercambio de información Médica: Children's Health participa en ciertos programas de intercambio de información Médica (HIE, siglas en inglés) internos y de terceros para almacenar e intercambiar Información Médica del Paciente. Clientes de Información Médica del Paciente de proveedores de cuidados médicos distintos de Children's Health que han dado tratamiento al Paciente también se almacena y comparte en los HIE, y Children's Health, así como esos otros proveedores pueden utilizar los HIE para ver la Información Médica del Paciente para los Propósitos descritos en este documento, para coordinar la atención al paciente y como lo permita la ley. Entiendo que el Paciente puede optar por excluirse de la comparación de Información Médica en los HIE si lo indica con su decisión en el cuadro de abajo. El Paciente puede optar por volver a quedar incluido en la comparación de los HIE en cualquier momento. Sin embargo, reconozco que aun así, Children's Health almacenará la Información Médica del Paciente en los HIE. Entiendo que el Paciente no está obligado a participar en la comparación de Información Médica de los HIE para recibir atención médica.

No quiero que la Información Médica del Paciente sea compartida con los HIE. Sin embargo, entiendo que si la ley exige que la Información Médica se comparta con los HIE, Children's Health deberá cumplir con la ley. Además entiendo que cierta Información Médica podrá ser compartida con los HIE de manera tal que no se identifique al Paciente.

Responsabilidad financiera y cesiones – Responsabilidad financiera: Acepto pagar la totalidad de los cargos facturados en relación con los bienes y servicios proporcionados al Paciente, independientemente de cualquier pago de beneficios o seguro correspondiente y entiendo que todos los montos deben pagarse al solicitante Children's Health y a cualquier profesional que preste servicios al Paciente en Children's Health (los Profesionales). Salvo en la medida en que se prohíba por ley, acepto pagar todos los cargos no cubiertos y los cargos cubiertos que no hayan sido abonados en su totalidad por el plan de beneficios o seguro correspondiente, lo que incluye cargos pagaderos como coseguro, deducibles y beneficios no cubiertos a causa de exclusiones, limitaciones de la póliza o el plan o el incumplimiento de los requisitos del plan o del seguro. Estará disponible, previa solicitud, una estimación de los cargos previstos. Entiendo que la estimación podrá variar significativamente en comparación con los cargos finales debido a diversos factores como el curso del tratamiento, las prácticas del profesional y la necesidad de suministrar bienes y servicios adicionales. Asimismo, acepto y entiendo que si la cuenta del Paciente cae en mora y se deriva a un abogado o agencia de cobranzas, o se inician acciones legales, será responsable de pagar todos los cargos, honorarios razonables de abogados, costos y gastos de cobranzas. Doy mi consentimiento para que las agencias de créditos realicen consultas y para recibir llamadas por marcado automático con mensajes pregrabados y generados por computadora en mi teléfono móvil y en cualquier número telefónico proporcionado durante el proceso de registro del Paciente de parte de Children's Health, los Profesionales y sus empresas afiliadas y representantes, de forma enunciativa pero no limitativa, compañías de gestión de cuentas, contratistas independientes y agencias de cobranzas.

Solo para pacientes de Medicaid: Entiendo que es posible que los bienes y servicios que el suscrito o el Paciente solicite para ser proporcionados al Paciente no estén cubiertos por Medicare o Medicaid como productos y servicios razonables y necesarios desde el punto de vista médico para la atención del Paciente. Comprendo que Medicare y Medicaid o su agente de seguros determinan la necesidad médica de los bienes y servicios que se solicitan para el Paciente. Si Medicare o Medicaid indican que determinados bienes y servicios no son necesarios desde el punto de vista médico para la atención del Paciente y los solicito igualmente a pesar de la negativa de Medicare o Medicaid, entiendo que será exclusivamente responsable de pagar dichos bienes y servicios. Si la atención médica del Paciente es gestionada por Medicare o Medicaid, es posible que estas disposiciones no se apliquen. Certifico que la información proporcionada por el Paciente o en representación de este para solicitar el pago a través de Medicare o Medicaid es correcta. Autorizo la divulgación de información médica o de otra índole sobre el paciente a la Administración de la Seguridad Social, intermediarios o empresas, según sea necesario, para los reclamos relacionados con Medicare y Medicaid.

Aviso a los pacientes: Información sobre terceros pagadores (miembro de plan médico)
Reconozco que, según la información que proporcioné sobre cobertura por terceros, el seguro o plan de beneficios del Paciente, Children's Health

ES / NO ES un proveedor participante en la cobertura de terceros pagadores, seguro o plan de beneficios del Paciente.
Cesión de beneficios: Cedo y transfiero de manera irrevocable directamente a Children's Health y cualquier Profesional todos los beneficios, intereses y derechos, incluso derechos de demandas, reclamos por incumplimiento de ERISA (Employee Retirement Income Security Act) u otros reclamos legales o administrativos y el derecho a exigir el pago por cualquier póliza de seguros, planes de beneficios, planes de indemnización, planes de salud prepagados, pólizas de responsabilidad de terceros o los Profesionales proporcionados por otro pagador en nombre del Paciente por bienes y servicios proporcionados al Paciente por parte de Children's Health y los Profesionales. También autorizo el pago directo a Children's Health y a los Profesionales por los bienes y servicios que proporcionen al Paciente. Autorizo al abogado, asegurador o administrador del plan del Paciente a permitir el acceso a Children's Health y los Profesionales a todos los documentos del plan, descripción resumida de los beneficios, póliza de seguros o información del acuerdo, en tanto Children's Health o los Profesionales lo soliciten por escrito para reclamar beneficios médicos.

Por medio de esta cesión, transfiero a Children's Health y a los Profesionales todos mis derechos a reclamar o embargar beneficios relacionados con los bienes y servicios prestados por Children's Health y los Profesionales a todos los reclamos denegados o demorados. Children's Health y los Profesionales tendrán derecho a (1) obtener toda la información con respecto al reclamo; (2) presentar pruebas; (3) realizar declaraciones sobre hechos o la ley; (4) realizar cualquier solicitud, entre estas, entregar o recibir avisos de apelación; (5) participar en cualquier acción administrativa y judicial y presentar reclamos, derechos de demandas o derechos contra partes responsables, compañías de seguros, planes de beneficios o administradores de planes. Children's Health y los Profesionales podrán presentar demandas contra cualquiera de estos planes de beneficios, administrador de plan o compañía de seguros en mi nombre y/o el del Paciente en relación de dependencia conmigo y/o el Paciente. Esta cesión no constituye ni deberá ser interpretada como si constituyera una obligación por parte de Children's o los profesionales a demandar estos intereses y derechos.

Hago constar que he leído y comprendo la información en los reconocimientos de información médica protegida y responsabilidad financiera y que he recibido el aviso de prácticas de privacidad de Children's Health.

Firma del paciente, padre o representante legal* Fecha Hora

Nombre en letra de molde del paciente, padre o representante legal Parentesco con el paciente

Testigo Fecha Hora

Nombre en letra de molde del testigo * Uno de los padres o el representante legal debe firmar si el Paciente es menor de 18 años de edad.



Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

CHILDREN'S HEALTH SYSTEM OF TEXAS

Consentimiento general para los servicios de salud escolar por telemedicina, tratamiento y reconocimientos

Consentimiento para atención médica y tratamiento de salud escolar por telemedicina

Consentimiento general: Solicito y doy consentimiento para que el Children's Health Pediatric Group ("CHPG"), una entidad del Children's Health System of Texas ("Children's Health"), sus médicos y otros profesionales de atención médica examinen al Paciente, que puede definirse como yo, mi hijo o un niño de la tutela legal, y proporcionar atención y tratamiento por medio de los servicios de salud escolar por telemedicina, entre estos evaluación, diagnóstico, consulta y tratamiento de la enfermedad del Paciente utilizando tecnología avanzada de telecomunicaciones ("Servicios de Telemedicina"). Estoy de acuerdo en que al firmar este formulario doy consentimiento para que el Paciente reciba Servicios de Telemedicina en mi ausencia. Entiendo que entre los profesionales de salud que proporcionan Servicios de Telemedicina en CHPG pueden estar los médicos responsables del paciente y consultores, así como sus adjuntos, ayudantes técnicos y otros profesionales de la salud que se consideren necesarios (los "Profesionales de Telemedicina"). Entiendo que el CHPG es una institución docente y estoy de acuerdo a que los médicos residentes, médicos en subespecialización y estudiantes puedan observar y participar en los Servicios de Telemedicina bajo la supervisión adecuada.

Entiendo que entre los Servicios de Telemedicina están audio interactivo, video u otros medios electrónicos, y que existen tanto riesgos como beneficios de recibir tratamiento vía Telemedicina. Entiendo que los Profesionales de Telemedicina (i) pueden estar en un lugar distinto de donde está el Paciente, (ii) examinarán al Paciente cara a cara por medio de presencia remota, pero no le realizarán una exploración física al utilizar los Servicios de Telemedicina, y (iii) deben basarse en la información que proporcionen el Paciente y cualquier otro profesional(es) de la salud que estén presentes con el Paciente. Además, entiendo que los Servicios de Telemedicina podrían estar limitados o no estar disponibles debido a fallas tecnológicas o del equipo, información incompleta o imprecisa para realizar los Servicios de Telemedicina, o distorsiones de las imágenes o de otra información recibida por transmisiones electrónicas. Reconozco que no se puede responsabilizar a los profesionales de salud de telemedicina por consejos, recomendaciones o decisiones basadas en factores fuera de su control, tales como información incompleta o imprecisa proporcionada por el Paciente u otras personas, o distorsiones de las imágenes o diagnósticos o muestras que pudieran ser resultado de la transmisión electrónica. Asimismo, reconozco que no se han dado garantías respecto a los Servicios de Telemedicina que se proporcionen. Entiendo que todos los materiales, dispositivos médicos y otros bienes proporcionados al Paciente, los proporciona CHPG TAL COMO ESTÁN y que Children's Health y CHPG deniegan cualquier garantía expresa o implícita.

Si los Profesionales de Telemedicina determinan que los Servicios de Telemedicina no son los adecuados a las necesidades médicas del Paciente, el Profesional de Telemedicina remitirá al Paciente para una evaluación médica en una clínica de CHPG o en la dirección de otro profesional de salud. Si después de recibir los Servicios de Telemedicina el Paciente experimenta una situación emergente o urgente, como una reacción adversa a cualquier tratamiento, o si la sesión de telemedicina se interrumpe a causa de una falla tecnológica o del equipo, se podrían necesitar otros medios de comunicación y tratamientos alternos, y consultaré a los profesionales de salud del Paciente para obtener los cuidados de seguimiento y la ayuda que sea necesaria.

Doy mi consentimiento y autorizo a los Profesionales de Telemedicina del CHPG a hacer grabaciones de audio, de video o de fotografía de los Servicios de Telemedicina. Entiendo que cualquier parte del cuerpo del Paciente puede aparecer en esas imágenes. Estoy de acuerdo en que dichas grabaciones seguirán siendo propiedad de los Profesionales de Telemedicina del CHPG y podrían o no pasar a formar parte del expediente médico. Entiendo que estos Servicios de Telemedicina los pueden ver ciertas personas dentro y fuera del campo médico con fines de investigación, informativos y educativos. Entiendo que se toman precauciones para proteger la confidencialidad de la información médica del Paciente mediante la prevención de divulgaciones no autorizadas; sin embargo, entiendo y reconozco que la seguridad de la transmisión electrónica de datos, imágenes de video e información de audio no puede garantizarse y la confidencialidad puede verse comprometida debido a interferencias ilegales o indebidas.

Mensajes de texto: Entiendo que CHPG podrá enviar notificaciones a mi teléfono móvil. Estos mensajes provienen de un número que no admite respuesta y solo tienen fines informativos. No tienen la finalidad de establecer una comunicación recíproca. Reconozco que se cobrarán las tarifas y cargos normales por mensajes de texto y que estos mensajes emplean una red telefónica pública, por lo que no se garantiza su total seguridad. Además, cualquier persona con acceso a mi teléfono podrá ver dichos mensajes, a menos que yo tome las medidas para proteger mi teléfono con una clave o número de identificación personal (NIP). AUTORIZO / NO AUTORIZO a CHPG a enviarme mensajes de texto al número de teléfono móvil que he proporcionado para ese propósito.

Vigencia del consentimiento: Entiendo y estoy de acuerdo en que este consentimiento para Servicios de Telemedicina y tratamiento sea válido durante el año escolar 2016-2017, a menos que yo lo revoque por escrito antes de ese plazo y envíe el aviso a: CHPG at 2777 North Stemmons Fwy, Floor 4, Dallas, Texas 75207

Certifico que he leído y entiendo la información en este formulario de consentimiento general para los servicios de salud escolar por telemedicina y tratamiento.

Firma del paciente, padre o representante legal*

Fecha

Hora

Nombre en letra de molde del paciente, padre o representante legal

Parentesco con el paciente

Testigo

Fecha

Hora

Nombre en letra de molde del testigo

Uno de los padres o el representante legal debe firmar si el Paciente es menor de 18 años de edad.