

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y CONSENTIMIENTO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
(mm/dd/aaaa)

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Nombre de la ubicación: _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES

Padre/Madre/Tutor: _____ Fecha de nacimiento: _____
(mm/dd/aaaa)

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono: (C) _____ (T) _____ (C) _____

Contacto alternativo: _____ Teléfono: (C) _____ (T) _____ (C) _____

Contacto alternativo: _____ Teléfono: (C) _____ (T) _____ (C) _____

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Al tratar a su hijo/hija con la Atención Virtual Basada en la Comunidad de Atrium Health (Atención Virtual) (Atrium Health Community-Based Virtual Care), su información se utilizará y compartirá para proporcionar atención o realizar operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos utilizar la información de su hijo/hija para coordinar la atención con otros proveedores; podemos compartir información con el personal sobre cómo administrar los medicamentos o adaptarse a la condición de su hijo/hija; podemos utilizar la información para evaluar cómo se prestaron los servicios y situación de salud. También podemos recibir información de otros proveedores y farmacias, como el historial médico de su hijo/hija y la lista de medicamentos. Conservaremos una copia de esta información en el expediente de su hijo/hija. Además, podemos divulgar la información médica de su hijo/hija, incluida la información sobre las enfermedades contagiosas (incluido el COVID-19), y cualquier informe clínico, de laboratorio y radiológico, a los representantes de la organización comunitaria y al departamento de salud local por razones de seguridad, según sea necesario para proporcionar atención médica y tratamiento a su hijo/hija y para coordinar el cuidado. Al firmar abajo usted da permiso para que el servicio de Atención Virtual comparta información como se describe anteriormente.

Para obtener más información sobre cómo se puede utilizar o divulgar la información de su hijo/hija, consulte nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad de Atrium Health, disponible en nuestro sitio web AtriumHealth.org, en el enlace de Prácticas de Privacidad al final de la página. Se puede acceder a una copia en papel en el centro donde se prestan los servicios. Reconozco que se me ha facilitado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Atrium Health.

Padre/Madre/Tutor: _____ Fecha: _____

PRIVACIDAD

Todas las personas tienen problemas de salud que deben tratarse de forma confidencial. El personal compartirá información confidencial sólo cuando sea necesario para atender posibles necesidades de atención médica, para garantizar la seguridad de los pacientes, de otros niños y del personal, o en otras situaciones específicas por ley.

Doy permiso para que el personal designado comparta información con las clínicas de Atención Virtual Basada en la Comunidad de Atrium Health y sus proveedores, sobre el historial de salud de mi hijo/hija si es apropiado, y/u otras preocupaciones de salud emergentes, incluyendo pero no limitado a la información relacionada con las enfermedades transmisibles (incluyendo COVID-19), la evaluación para el trastorno por déficit de atención (TDA)/ el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), las preocupaciones de desarrollo, tales como retrasos en el habla, los medicamentos, los resultados de los exámenes físicos, las consultas y los resultados de diagnóstico u otros informes y registros clínicos, de comportamiento (incluyendo la teleterapia en la escuela), de desarrollo o relacionados, y cualquier otra información para coordinar la atención.

Iniciales del padre/la madre/tutores _____

ATENCIÓN VIRTUAL

Al firmar a continuación, usted reconoce que entiende los riesgos y beneficios de que su hijo/hija reciba tratamiento a través de la Atención Virtual y da su consentimiento para que tratemos a su hijo/hija por este medio. La Atención Virtual es el uso de información electrónica y tecnologías de comunicación por parte de un proveedor de atención médica (mediante comunicaciones interactivas de audio, vídeo o datos) para brindarle servicios a su hijo/hija cuando el proveedor se encuentra en otro lugar. No todas las afecciones pueden tratarse de forma virtual. Si el proveedor de atención médica cree que su hijo/hija estaría mejor si recibe atención en persona, se le notificará y se le remitirá a un entorno donde reciba atención adicional en persona. El equipo de atención de su hijo/hija decidirá si es necesario un tratamiento adicional en un hospital.

Los encuentros de atención virtual están sujetos a los requisitos de la Norma de Privacidad de HIPAA que se aplican a la Información de Salud Protegida (descrita en la sección de Divulgación de Información anterior). Si nos envía un mensaje de texto o un correo electrónico con información del paciente de manera no segura, usted entiende los riesgos de hacerlo (consulte nuestras Directrices de correo electrónico en el enlace de Prácticas de Privacidad anterior para ver ejemplos) y nos da permiso para responderle de manera similar y no segura. Existe el riesgo de que el tratamiento proporcionado por la Atención Virtual sea interrumpido debido a fallos técnicos.

SEGURO

Muchos planes de seguros cubren los servicios de atención virtual en este momento. Usted autoriza a Atrium Health a ponerse en contacto con su compañía de seguros para determinar la elegibilidad para el pago y para facturar a su aseguradora por los servicios cubiertos. Usted entiende que puede ser responsable de los copagos y deducibles relacionados con estos servicios.

Por favor, rellene la siguiente información:

Compañía de seguros: _____

Número de identificación del suscriptor/número de póliza: _____

Número de grupo: _____ Relación del miembro con el suscriptor: _____

Al poner sus iniciales a continuación, usted reconoce lo anterior y da permiso para que Atrium Health Community-Based Virtual Care facture a su aseguradora los servicios de atención virtual cubiertos.

Iniciales del padre/la madre/tutores _____

CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS

Tenga en cuenta que este formulario de Inscripción y Consentimiento ("Consentimiento") se aplica a todos los servicios de atención virtual proporcionados por Atrium Health Community-Based Virtual Care ("Atención Virtual"), independientemente de la ubicación dentro de la comunidad. A menos que usted notifique lo contrario al servicio de "Atención Virtual", este Consentimiento se aplica a los servicios prestados en: escuelas, guarderías, campamentos, programas de verano, la YMCA local, el Boys & Girls Club, y otros lugares y sitios en la comunidad donde se ofrece Atención Virtual. Siempre se le contactará en el momento del servicio para confirmar su consentimiento a un encuentro particular.

Cualquier solicitud de revocación del consentimiento para los servicios, o para excluirse de la inscripción y el consentimiento para la atención virtual en un lugar determinado, debe realizarse por escrito y enviarse a Atención: Atrium Health Community-Based Virtual Care a la dirección del centro donde se prestan los servicios.

Al proporcionar mis iniciales a continuación, acepto como custodio legal de mi hijo/hija que he leído, aceptado y acordado estar obligado por este consentimiento, notificación y reconocimiento en relación con los servicios, incluidos los servicios de atención virtual, prestados a mi hijo/hija. Entiendo que si no firmo este documento, mi hijo/hija no podrá recibir tratamiento como parte del programa.

Iniciales del padre/la madre/tutores _____