

Programa Clínica Médica Escolar Consentimiento para el tratamiento

Nombre del Niño(a) _____ Fecha: _____
(Nombre completo con apellidos)

Yo, al firmar este documento, autorizo que mi hijo(a) nombrado arriba reciba servicios médicos en el Ronald McDonald Care Mobile® o la Clínica Médica Escolar, que tiene un personal de profesionales del Hospital de Niños Erlanger con licencia estatal y doctores con licencia y credenciales miembros del personal médico de Erlanger. Los servicios médicos de la clínica escolar incluyen, pero no se limitan a tratamiento y cuidado médico, incluyendo el diagnóstico de enfermedades agudas, crónicas y prescripción de medicinas en persona o por medio de una videoconferencia tecnológica (Telemedicina). Tratamientos con albuterol, vacunas (con consentimiento previo). Entiendo que el Hospital de Niños Erlanger es un hospital escuela y que mi hijo puede ser incluido en sus programas de enseñanza, investigación y capacitación. También entiendo que puedo ser contactado para la participación y/o seguimiento en relación con este tipo de programas.

Entiendo que algunas partes del examen por telemedicina pueden incluir un examen físico realizado por individuos en el lugar donde mi hijo está, bajo la dirección del doctor que se consulta por telemedicina. Entiendo que la videoconferencia no será lo mismo que una consulta directa al paciente debido al hecho de que yo/mi hijo no estaremos en la misma habitación con el doctor. Entiendo los riesgos potenciales de esta tecnología, incluyendo interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir mi consulta por telemedicina o la de mi hijo si se considera que la conexión de videoconferencia no es adecuada para la situación.

Yo entiendo que el personal de la Clínica Médica Escolar me notificará antes de que mi hijo(a) sea atendido por el personal médico incluyendo consultas por telemedicina y vacunas. Yo, por este medio, doy mi permiso para que mi hijo(a) reciba atención en el Ronald McDonald Care Mobile® o la Clínica Médica Escolar ya sea que pueda o no acompañar a mi hijo(a) a la clínica médica cada vez.

Yo autorizo al personal de Ronald McDonald Care Mobile® o la Clínica Médica Escolar que revelen toda o cualquier porción de la información médica de mi hijo(a) a las personas o entidades pertinentes a su cuidado médico, incluyendo pero no limitándose a su doctor de atención primaria, o cualquier otro proveedor del equipo médico, coordinadores, pediatras sub-especialistas, enfermera de la escuela y personal del Ronald McDonald Care Mobile®. También entiendo que toda la información médica de mi hijo(a) es confidencial y no será compartida con ninguna persona ni agencia no-autorizada sin consentimiento escrito. Reconozco que he recibido una copia de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) políticas de prácticas de privacidad de Ronald McDonald Care Mobile® Programa Clínica Médica Escolar.

Yo autorizo al personal llamar al servicio de emergencia (9-1-1) para mi hijo(a) si es necesario. Los gastos relacionados a la ambulancia u otros servicios de emergencia serán mi responsabilidad.

Yo doy permiso que se dé cualquier información relacionada con su tratamiento a terceros como la compañía de seguros médicos con el propósito de facturación. Intentaré estar disponible para que puedan comunicarse conmigo con respecto a las necesidades médicas de mi hijo(a). Entiendo que existen ciertos peligros y riesgos ligados a todas las formas de tratamiento y doy mi consentimiento a la luz de este conocimiento. Entiendo que es mi deber informar al personal del Ronald McDonald Care Mobile® o al personal de la Clínica Médica Escolar si hay algún cambio de la tutela legal de mi hijo(a). Asigno al Sistema de Salud Erlanger, mi médico y otros profesionales de salud involucrados en el cuidado de mi hijo, todos mis derechos y reclamos para reembolsos bajo cualquier póliza de seguro médico privado, Medicare, Medicaid, o cualquier otro programa que haya identificado donde puedan haber beneficios disponibles para pagar al Sistema de Salud Erlanger por los servicios médicos prestados. Estoy de acuerdo en cooperar y proporcionar la información necesaria para establecer mi elegibilidad para estos beneficios. Los servicios médicos prestados en el Ronald McDonald Care Mobile® Programa Clínica Médica Escolar en la escuela son servicios facturables y se pueden cobrar directamente a su compañía de seguros.

También certifico al firmar este formulario, que tengo la autoridad legal para firmar este consentimiento. Este consentimiento estará vigente por el periodo de un año, o hasta que revoque tal consentimiento de forma escrita.

Firma del Padre/Tutor

Nombre IMPRESO del Padre/Tutor

Fecha