

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PROGRAMA DE TELESALUD DE LOS SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR

Conforme al Programa de Telesalud de los Servicios de Salud Escolar, entiendo que:

1. Mi hijo(a) participará en citas realizadas por video (videoconferencia) o por teléfono (teleconferencia) con Children's National Hospital y otros médicos y proveedores de atención médica, como los proveedores de salud para el comportamiento. El proveedor de atención médica puede determinar que es necesaria una visita de seguimiento en persona o que se requieren servicios de atención urgente o de emergencia.
2. En una visita de telesalud, mi hijo(a) no estará en la misma habitación que el proveedor de atención médica, quien estará ubicado en otro lugar. También entiendo que tengo la opción de rechazar una cita de telesalud para mi hijo(a). En cambio, puedo llevarlo(a) a una cita en persona con sus proveedores de atención médica.
3. Las limitaciones de los servicios de telesalud pueden incluir interrupciones, accesos no autorizados y dificultades técnicas. También entiendo que el proveedor de atención médica puede interrumpir la visita de telesalud de mi hijo(a) si determina que las conexiones para la videoconferencia/teleconferencia no son adecuadas.
4. Además del equipo y el proveedor de atención médica de mi hijo(a), también pueden estar presentes las personas que manejan el equipo de video y que están capacitadas para mantener la confidencialidad de toda la información obtenida. Asimismo, entiendo que mi hijo(a) tiene derecho a solicitar lo siguiente: (1) la omisión de detalles específicos de su historial médico/examen físico; (2) pedirle al personal no médico que abandone la sala de examinación; o (3) poner fin a una visita en cualquier momento.
5. Cualquier entrevista o fotografía que se le haga a mi hijo(a) solo se utilizará con fines médicos y el proveedor y el personal de la sala de atención médica la mantendrán como una historia clínica confidencial, de acuerdo con las leyes y reglamentos federales y del Distrito de Columbia.
6. Al firmar este consentimiento, autorizo al personal de la sala de atención médica de los Servicios de Salud Escolar a divulgarle al proveedor, sus médicos y proveedores de atención médica cualquier información relevante sobre la situación y atención médica de mi hijo(a). También autorizo al proveedor o a su personal de atención médica a divulgar toda la información al plan de seguro médico de mi hijo(a) o a cualquier otro agente que pueda ser responsable del pago de las facturas médicas asociadas a la visita. Además, autorizo al Programa de Telesalud de los Servicios de Salud Escolar a divulgar información médica específica a las autoridades escolares y al Departamento de Salud del DC (DC Health), ya sea porque lo exige la ley o la normativa o porque es necesario para proteger la salud y la seguridad de mi hijo(a).

7. Las personas inscritas en MedStar Family Choice, AmeriHealth, Care First o HSCSN no recibirán factura por ninguno de los servicios prestados a través de telesalud. Todos los gastos asociados a este programa quedan a discreción de la compañía de seguros. Cualquier copago que se exija para las visitas de atención primaria podría incluirse en este servicio. Entiendo que cualquier dinero o beneficio por proveer telesalud será asignado y transferido al proveedor, incluidos beneficios/dinero de mi plan de salud, Medicaid o terceros que sean financieramente responsables por el cuidado médico de mi hijo(a). Autorizo la divulgación de toda la información necesaria (incluidas, entre otras, las historias clínicas, las copias de los reclamos y las facturas detalladas) para verificar el pago y para otros fines de salud pública según sea necesario.
8. Este consentimiento será válido mientras el estudiante esté inscrito en la escuela. También entiendo que tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, al entregarle al personal de la sala de atención médica una carta con firma y fecha en la que retire mi consentimiento.
9. Si en algún momento no estoy conforme con los servicios prestados, puedo presentar una queja al equipo de Defensoría Pública por teléfono: (202) 724-7491 o por correo electrónico: healthcareombudsman@dc.gov. También puedo comunicarme con el equipo de Servicios Escolares para Niños en TelehealthCSS@childrensnational.org. Las quejas también pueden presentarse a través del portal del Programa de los Servicios de Salud Escolar en: <https://dchealth.force.com/studenthealthservices/s/>.
10. Ahora que he leído (o me han leído) cuidadosamente este documento, completo y firmo el formulario de consentimiento adjunto, acorde con los términos descritos anteriormente y con el formulario de consentimiento que figura a continuación, para inscribir a mi hijo(a) para que participe en el Programa de Telesalud de los Servicios de Salud Escolar.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PROGRAMA DE TELESALUD DE LOS SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR

Complete el siguiente formulario para permitir que su hijo(a) reciba los servicios médicos del Programa de Telesalud de los Servicios de Salud Escolar. Al facilitar esta información, confirma que comprende y acepta las condiciones en las que su hijo(a) recibirá servicios de telesalud.

Información personal del estudiante Para ser completado por el padre/la madre/tutor/estudiante							
Apellido del estudiante:		Nombre del estudiante:			Fecha de nacimiento:		
Nombre de la escuela o instalación de cuidado infantil:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario					
Dirección:		Dpto.:	Ciudad:	Estado:	Código postal:		
Designación étnica: <i>(marque todas las opciones que correspondan)</i>							
		<input type="checkbox"/> Hispano/latino	<input type="checkbox"/> No hispano/no latino	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder		
Raza: <i>(marque todas las opciones que correspondan)</i>							
		<input type="checkbox"/> Indígena americano/ Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hawaianos nativos/ Isleño pacífico	<input type="checkbox"/> Negro/ afro-americano	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Nombre del padre/la madre/tutor/cónyuge/otro:			Teléfono del padre/la madre/tutor/cónyuge/otro:				
Correo electrónico del padre/la madre/tutor/cónyuge/otro:			Teléfono alternativo del padre/la madre/tutor/cónyuge/otro:				
Nombre del contacto de emergencia:			Teléfono del contacto de emergencia:				
Tipo de seguro:	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/> Ninguno	Nombre/n.º de identificación del seguro:			
Nombre, organización y número de teléfono del proveedor de atención primaria (si está disponible)							

Doy permiso al profesional de atención médica con licencia que firma para que comparta con la escuela del estudiante y las agencias apropiadas del Gobierno del Distrito de Columbia la información de salud contenida en este formulario, así como la información resultante de las visitas de telesalud, para facilitar la coordinación entre las agencias pertinentes y los proveedores de atención médica para fines de seguimiento. También autorizo la divulgación de toda la información necesaria (incluidas, entre otras, las historias clínicas, las copias de los reclamos y las facturas detalladas) para verificar el pago y para otros fines de salud pública según sea necesario. Además, por medio del presente, dejo constancia de que comprendo y acepto que el Distrito, la escuela, sus empleados y agentes estarán exentos de responsabilidad civil, según la sección 38-651 del Código Oficial del DC (Ley del DC 17- 107), por actos u omisiones, salvo lo relacionado con actos criminales, delitos intencionales, negligencia grave o mala conducta intencional. Entiendo que este formulario se debe completar y enviar antes de que el estudiante pueda participar en las visitas de telesalud.

Firma del padre/la madre/tutor/estudiante mayor de 18 años: _____ **Fecha:** _____

Nombre en letra de imprenta del padre/la madre/tutor/estudiante mayor de 18 años: _____

Servicios de consentimiento de salud del menor

La sección 600 del título 22-B de las Regulaciones Municipales del DC (DCMR) establece que una persona de dieciocho (18) años o más puede dar su consentimiento para la prestación de servicios médicos para sí misma, o para su hijo(a) o cónyuge.

Además, dentro del Distrito de Columbia, un menor de cualquier edad puede dar su consentimiento a los servicios médicos que solicite para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de las siguientes situaciones médicas: (a) embarazo o su interrupción legal; (b) abuso de sustancias, incluido el abuso de drogas y alcohol; o (c) una afección mental o emocional y una enfermedad de transmisión sexual.

Firma del estudiante: _____

Fecha: _____

Nombre del estudiante en letra de imprenta: _____