

FORMULARIO A: CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE TELEMEDICINA

Nombre del Alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ubicación del Alumno: _____

Nombre y ubicación del médico de atención primaria: _____

Nombre y ubicación de la farmacia del Alumno: _____

Nombre del seguro: _____

Nombre y fecha de nacimiento del titular del seguro: _____

Número de póliza de seguro _____ Número de grupo _____

Introducción

El Distrito escolar de Waynedale ("Waynedale") tablecido un programa para ofrecer a los alumnos atención médica por medio de la telemedicina. El objetivo del programa de telemedicina es permitir a los profesionales de la salud ubicados en Aultman Orrville Hospital y en las filiales designadas por Aultman ("Aultman Orrville") ofrecer consultas y otros servicios por medio de telemedicina a los alumnos ubicados en las sedes de Waynedale. Los profesionales pueden ser médicos, profesionales de atención primaria y/o enfermeros de práctica titulados, especialistas y/o subespecialistas.

Beneficio que se espera obtener de los servicios de telemedicina:

- Mejora en el acceso y la eficacia de la atención médica al permitir que un alumno permanezca en su centro escolar mientras el médico recibe la consulta desde una ubicación distante.

Posibles riesgos de los servicios de telemedicina:

- En raras ocasiones, la información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo, mala resolución de las imágenes) para permitir la toma de decisiones médicas adecuadas por parte del profesional y los consultores.
- Podrían presentarse demoras en la evaluación y el tratamiento médico debido a deficiencias o fallas del equipo.
- En raras ocasiones, la falta de acceso a la historia clínica completa puede dar lugar a interacciones farmacológicas adversas o reacciones alérgicas, u otros errores de juicio.

Al firmar este formulario, entiendo y reconozco lo siguiente:

1. Entiendo que tengo derecho a negar o retirar mi consentimiento para utilizar la telemedicina en el curso de mi atención en cualquier momento, sin que esto afecte mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.
2. Entiendo que puedo disponer de diversos métodos alternativos de atención médica y que puedo elegir uno o varios de ellos en cualquier momento.
3. Entiendo que con la telemedicina es posible que se transmita electrónicamente mi información médica personal a otros profesionales médicos, que quizá se encuentren en un lugar diferente

al mío, y que estos pueden analizar los detalles de mi historia clínica, exámenes, radiografías y pruebas. Entiendo que puedo esperar los beneficios previstos del uso de la telemedicina en mi atención, pero que no se puede garantizar ni asegurar ningún resultado.

4. Recibí, o me ofrecieron, una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Aultman Orrville. Entiendo que puedo obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad ingresando en línea en: <http://aultmanorrville.org/Patient-Information/resources/patient-privacy>.

ESCRIBA SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:

por el presente permito que Aultman Orrville proporcione al alumno servicios de telemedicina con o sin mi presencia o participación.

por el presente no permito que Aultman Orrville proporcione al alumno servicios de telemedicina sin mi presencia o participación. **Quiero estar presente o participar en la consulta.**

por el presente no permito que Aultman Orrville proporcione al alumno servicios de telemedicina.

Entiendo que al elegir no poner mis iniciales en una opción, estoy renunciando a mi derecho a estar presente o participar con el alumno en los servicios de telemedicina.

Doy mi consentimiento para que el alumno que suscribe reciba servicios de consulta de telemedicina. Entiendo que la confidencialidad entre el alumno y los Profesionales se garantizará en casos específicos de acuerdo con la ley, y que se animará a los alumnos a involucrar a sus padres o tutores en las decisiones de asesoramiento y atención médica. Algunos de los servicios de consulta de telemedicina son, entre otros:

- Receta de medicamentos
- Pruebas de laboratorio básicas prescritas médicamente según la evaluación del proveedor
- Derivaciones para servicios que el centro de bienestar escolar no presta
- Educación en salud y asesoramiento sobre prevención de riesgos

Entiendo que, si no se firma y devuelve este formulario, no se ofrecerán servicios de telemedicina al alumno. Además, entiendo y acepto que este consentimiento informado para servicios de telemedicina será suficiente como consentimiento informado para futuros servicios de telemedicina prestados al alumno.

Leí o me leyeron este Consentimiento y el Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo lo que dicen estos documentos.

Firma del Alumno: _____ Fecha: _____
(Si el Alumno tiene más de 18 años)

Firma del padre/madre/tutor legal*: _____ Fecha: _____
(Si el Alumno tiene menos de 18 años)

*Si está firmado por un Representante Legalmente Autorizado, indique abajo su nombre y describa su autoridad para actuar en nombre de la persona (por ejemplo, padre, madre, tutor legal, poder notarial para atención de salud, etc.).

FORMULARIO B: AUTORIZACIÓN DE HIPAA

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Autorización del Alumno para el uso y divulgación de Información de Salud Protegida

Nombre del alumno: _____ ("Alumno") Fecha de nacimiento: _____

Al firmar este formulario, autorizo a Aultman Orrville Hospital y a los afiliados designados por Aultman ("Aultman Orrville") a divulgar información de salud sobre el Alumno, a cualquier empleado del Distrito escolar de Waynedale ("Waynedale") y a los padres/representantes autorizados del Alumno para recibir tratamiento, para el pago u operaciones de atención de la salud. Entiendo que cualquier información de salud divulgada por Aultman Orrville a Waynedale, conforme a esta Autorización, puede ser incorporada al expediente escolar del Alumno, y otras personas que están legalmente autorizadas a ver dichos registros pueden acceder a ellos.

Esta autorización permite a Aultman Orrville usar y/o divulgar Información de Salud Protegida sobre el Alumno, incluidos, entre otros, todas las notas de médicos, enfermeras, psicólogos, consejeros y otras personas que hayan proporcionado o estén proporcionando atención de salud a la persona que suscribe, todos los registros de radiología y patología, y otra información sensible (incluida información sobre VIH/ETS, información sobre pruebas genéticas, información sobre salud mental e información sobre abuso de alcohol y drogas). A pesar del amplio alcance de la solicitud de divulgación anterior, quien suscribe no autoriza la divulgación de "notas de psicoterapia", tal como se define dicho término en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos ("HIPAA").

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, enviando una notificación a Aultman Orrville Hospital, ATTN: Medical Records Department, 832 South Main Street, Orrville, OH 44667. Entiendo que una revocación no entra en vigencia en la medida en que la información ya se haya utilizado o divulgado en virtud de esta Autorización. Aultman Orrville no condicionará mi tratamiento ni el pago de este a que yo autorice o no el uso o la divulgación solicitados. También entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.

Entiendo que el destinatario de la información utilizada o divulgada puede usarla o divulgarla de conformidad con esta Autorización y puede dejar de estar protegida por la ley federal o estatal.

Leí este formulario o me lo leyeron. Entiendo lo que dice.

Firma del Alumno: _____ Fecha: _____
(Si el Alumno tiene más de 18 años)

Firma del padre/madre/tutor legal*: _____ Fecha: _____
(Si el Alumno tiene menos de 18 años)

*Si está firmado por un Representante Legalmente Autorizado, indique abajo su nombre y describa su autoridad para actuar en nombre de la persona (por ejemplo, padre, madre, tutor legal, poder notarial para atención de salud, etc.).

FORMULARIO C: AUTORIZACIÓN FERPA

Nombre del alumno: _____ ("Alumno") Fecha de nacimiento: _____

El propósito de esta Autorización es permitir que el Distrito escolar de Waynedale ("Waynedale") proporcione toda la información de identificación personal contenida en el expediente escolar del Alumno (incluida cualquier información relacionada con la salud u otra información contenida en los registros que tiene la enfermera escolar de Waynedale) a (i) los padres y/o Representantes Legalmente Autorizados del Alumno (a menos que esté restringido por la ley) y (ii) a Aultman Orrville Hospital o las filiales designadas de Aultman ("Aultman Orrville") para que Aultman Orrville pueda prestar servicios de telemedicina al Alumno.

La Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar ("FERPA") es una ley federal que protege la privacidad de los expedientes escolares de los alumnos. De acuerdo con FERPA, Waynedale divulgará información de los expedientes escolares con el consentimiento por escrito del Alumno o (en el caso de ser un menor) del Representante Legalmente Autorizado del Alumno.

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para que los funcionarios de Waynedale puedan proporcionar y abordar todo el contenido de los registros educativos del Alumno, incluida la información de identificación personal de dichos registros, con los representantes de Aultman Orrville. Entiendo que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento por escrito dirigiéndome a: **Waynedale School District Nurse**: Waynedale High School, 9050 Dover Road, Apple Creek, OH 44606 or, at John R. Lea Middle School, 9130 Dover Road, Apple Creek, OH 44606 or, at Apple Creek Elementary School, 173 West Main Street, Apple Creek, OH 44606 or, at Fredericksburg Elementary School, 160 West Clay Street, Box 249, Fredericksburg, OH 44627 or, at Holmesville Elementary School, 8141 East Jackson Street, Box 8, Holmesville, OH 44633 or, at Mount Eaton Elementary School, 8746 Market Street, Mount Eaton, OH 44659.

Entiendo que una revocación no entra en vigencia en la medida en que la información ya se haya utilizado o divulgado en virtud de esta Autorización.

Leí este formulario o me lo leyeron. Entiendo lo que dice.

Firma del Alumno: _____ Fecha: _____
(Si el Alumno tiene más de 18 años)

Firma del padre/madre/tutor legal*: _____ Fecha: _____
(Si el Alumno tiene menos de 18 años)

*Si está firmado por un Representante Legalmente Autorizado, indique abajo su nombre y describa su autoridad para actuar en nombre de la persona (por ejemplo, padre, madre, tutor legal, poder notarial para atención de salud, etc.).