



# Formulario de Consentimiento del Centro de Salud de la Escuela



Un centro de salud, sin costo a los padres, ahora está disponible en la escuela de su hijo. Está disponible durante las horas escolares para atender las necesidades de atención médica de su hijo. La escuela puede conectarse a un médico a través del sistema Hazel Health. Al completar los siguientes formularios, su hijo puede tener acceso a través del centro de salud de la escuela.

## Niño / Padre / Guardian Información

_____	_____	_____	Masculino [ ]
Apellido del Estudiante	Primer Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento (MES/DÍA/AÑO)	Femenino [ ]

**He leído la Autorización de Servicios de Hazel Health en la página 3 y 4 y: (Por favor elija una de abajo.)**

Doy permiso para que mi hijo reciba servicios de salud de Hazel Health Services.

NO DOY permiso para que mi hijo reciba servicios de salud de Hazel Health Services.

_____	_____
<b>Firma de padre(s)/Guardian (requerida para el servicio de salud)</b>	<b>Fecha</b>

_____	_____	_____	_____
Padre/Guardian #1 / Nombre	Teléfono de Casa	Teléfono Celular	Correo electrónico

_____	_____	_____	_____
Padre/Guardian #2 /Nombre	Teléfono de Casa	Teléfono Celular	Correo electrónico

## CUESTIONARIO DEL ESTADO DE SALUD

**¿Esta su hijo alérgico a algún medicamento?**

[ ] No [ ] Sí Por favor enlista: \_\_\_\_\_

**¿Está su niño tomando algún medicamento?**

[ ] No [ ] Sí Por favor enlista: \_\_\_\_\_

*Su hijo recibirá primeros auxilios básicos y exámenes médicos usando médicos a través de una aplicación de telesalud. La evaluación e intervención de lesiones / enfermedades puede incluir el uso de los siguientes medicamentos sin receta. La dosis será determinada por el peso y / o la edad de su hijo.*

**¿Pueden los siguientes medicamentos ser administrado a su hijo en la escuela?**

MEDICAMENTOS (Condiciones para el tratamiento)	SÍ	NO
Acetaminofeno/Tylenol (Dolor/Fiebre):	[ ]	[ ]
Benadryl/Diphenhydramine (Reacción Alérgica):	[ ]	[ ]
Zyrtec/Cetirizine (Alergias / Reacción Alérgica):	[ ]	[ ]
Bacitracina (pomada) / Neosporina (Cortados/Infecciones):	[ ]	[ ]
Masticables de Pepto de niños (Estómago Agitado)	[ ]	[ ]
Pastilla de Garganta (Tos/Dolor de Garganta):	[ ]	[ ]
Sudafed (Decongestionante):	[ ]	[ ]
Guiatuss DM / Robitussin DM (Tos):	[ ]	[ ]
Crema de Hidrocortisona (Inflamación):	[ ]	[ ]
Ibuprofen / Advil/Motrin (Dolor / Fiebre):	[ ]	[ ]
Mylanta / Antiácido (Dolor de Estómago, edades 12+):	[ ]	[ ]
Miel (Tos)	[ ]	[ ]

\_\_\_\_\_

Apellido del Estudiante

\_\_\_\_\_

Primer Nombre del Estudiante

\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (MES/DÍA/AÑO)

**¿Su hijo tiene alguna de las siguientes condiciones de salud o problemas de salud?**

NO    SÍ

[ ] [ ] Alergias, que no sean medicamentos (alimentos, de temporada) - Indique: \_\_\_\_\_

[ ] [ ] Asma: fecha del último ataque de asma: \_\_\_\_\_

[ ] [ ] Diabetes

[ ] [ ] Alta presión sanguínea

[ ] [ ] Anemia falciforme

[ ] [ ] Reflujo ácido (Acidez estomacal)

[ ] [ ] Infecciones: marque la respuesta con un círculo de las que tenía: orejas / vejiga

Otro: \_\_\_\_\_

[ ] [ ] Convulsiones - Fecha de la última convulsión: \_\_\_\_\_

[ ] [ ] Ansiedad

[ ] [ ] Depresión

[ ] [ ] ADHD (Desorden Hiperactivo y Déficit de Atención)

[ ] [ ] Cirugía: marque con un círculo la respuesta de las que tenía: apéndice / vesícula biliar / amígdalas /  
tubos para los oídos / Otro: \_\_\_\_\_

[ ] [ ] Otro / Por favor describa: \_\_\_\_\_

**¿Tiene su hijo un médico de atención primaria?**

[ ] NO [ ] SÍ Médico del niño \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**(Es su opción de responder): Información de seguro de salud**

No facturamos su seguro de salud ni exigimos información del seguro. Sin embargo, para coordinar mejor el cuidado de la salud de su hijo, proporcione el nombre de su compañía de seguros si desea.

Nombre de la compañía de seguros (opcional) \_\_\_\_\_

# Autorización de Hazel Health Services Centro de Salud Escolar

Entendiendo que mi hijo puede necesitar tratamiento de salud o exámenes de salud durante las horas escolares en la escuela, por la presente autorizo a la Escuela, a través del servicio de telesalud Hazel Health Services, a administrar tales primeros auxilios u otro examen médico y tratamiento que se considere mejor bajo las circunstancias, y doy consentimiento para que mi hijo reciba tal tratamiento. Yo represento y garantizo que soy legalmente un representante autorizado del niño/a. Entiendo que la escuela intentará notificar a un representante legal autorizado del niño en caso de una emergencia que requiera atención médica inmediata para mi hijo y si la escuela no puede notificar a un representante legal autorizado del niño, tendrá mi hijo tratado por un practicante médico debidamente calificado. Cualquier información médica proporcionada a la Escuela se puede compartir con Hazel Health y Hazel Health Services. Esta autorización se aplica a todos los programas patrocinados por la Escuela.

1. **PROPÓSITO.** El propósito de este formulario es obtener su consentimiento para que su hijo participe en una consulta de telesalud. Este consentimiento autorizará la divulgación de información médica sobre el niño, incluida información médica de identificación personal, a Hazel Health y Hazel Health Services, así como a profesionales médicos, administrativos y empleados de Hazel Health y Hazel Health Services para fines de tratamiento por parte de a través de una consulta de telesalud. Esta divulgación también autorizará el uso de información escrita o grabada que contenga la información médica identificable personalmente del niño, incluidas las grabaciones de cualquier encuentro de telemedicina con el niño, con fines de capacitar e informar por parte de los empleados de la Escuela o Hazel Health o Hazel Health Services y el uso de información personal identificable por Hazel Health para el desarrollo y mejora de software, hardware y herramientas relacionadas diseñadas para mejorar los servicios prestados por profesionales médicos, personal administrativo, contratistas y empleados de Hazel Health y Hazel Health Services.
2. **INTENCIÓN DE LA CONSULTA TELEFÓNICA.** Durante la consulta de telemedicina;
  - A. Los detalles del historial médico, los exámenes, las radiografías y la prueba de su hijo se discutirán con otros profesionales de la salud a través del uso de una aplicación móvil con tecnología de video, audio y telecomunicaciones en tiempo real.
  - B. El examen físico de su hijo puede realizarse a través de un médico a distancia a través de la aplicación móvil.
  - C. Personal no médico incluyendo personal de la escuela, empleados de Hazel Health Services y / o traductores pueden estar presentes para ayudar con el lenguaje y la implementación técnica de la consulta.
  - D. Se pueden tomar grabaciones de video, audio y / o foto de la consulta..
3. **INFORMACIÓN MÉDICA Y REGISTROS.** Todas las leyes existentes relacionadas con su acceso a la información médica y copias de sus registros médicos se aplican a esta consulta de telesalud. Además, la disseminación de cualquier imagen o información identificable por el paciente de esta interacción de telesalud no ocurrirá sin su consentimiento explícito. Autorizo a los servicios de Hazel Health Services a divulgar información de salud protegida sobre estudiantes a designados de salud escolar, enfermeras escolares, médicos, Hazel Health u otros proveedores de atención médica para fines de tratamiento.

4. CONFIDENCIALIDAD. Se han realizado esfuerzos razonables y apropiados para eliminar cualquier riesgo de confidencialidad asociado con la consulta de telesalud y todas las protecciones de confidencialidad existentes bajo la ley federal se aplican a la información revelada durante esta consulta de telesalud.
5. DERECHOS. Usted puede suspender o retirar el consentimiento a la consulta de telesalud en cualquier momento sin arriesgarse a la pérdida o retirada de los beneficios del programa a los cuales usted tiene derecho. Usted reconoce que se le ha notificado su derecho a recibir una copia de esta autorización como signatario de la autorización.
6. DISPUTAS. Estoy de acuerdo en que cualquier disputa que llegue de la consulta de telesalud se resuelva en California a través de un arbitraje vinculante. Entiendo que (a excepción de los casos del Tribunal de Demandas Menores y reclamos sujetos a un procedimiento de apelaciones de Medicare) cualquier disputa entre mí, mis herederos, parientes u otras partes asociadas por un lado y Hazel Health y Hazel Health Services, cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas por la presunta violación de cualquier deber que surja de las consultas de telesalud, incluido cualquier reclamo por negligencia médica u hospitalaria (un reclamo de que los servicios médicos fueron innecesarios o no autorizados o fueron prestados de manera inadecuada, negligente o incompetente), para responsabilidad de locales, o relacionados con la cobertura o entrega de servicios o artículos, independientemente de la teoría legal, debe decidirse mediante arbitraje vinculante según la ley de California y no mediante demanda o recurrir a un proceso judicial, salvo que la ley aplicable proporcione para la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Estoy de acuerdo en renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y aceptar el uso del arbitraje vinculante.
7. RIESGO, CONSECUENCIAS Y BENEFICIOS. Se me ha informado de los riesgos posibles, consecuencias y beneficios de la telesalud. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre esta información y todas mis preguntas han sido contestadas. Entiendo la información escrita proporcionada arriba. Yo elijo inscribirme en Hazel Health Services y no estoy obligada/o a utilizar este programa.