



Salud Virtual del Hospital de Niños Niswonger

Un servicio en la escuela brindado por Atención de Urgencia de Médicos Asociados de Salud Ballad

Ahora te podemos atender.

El Hospital de Niños Niswonger en colaboración con Atención de Urgencia de Médicos Asociados de Salud Ballad brinda a los estudiantes y al personal una opción conveniente para acceder a atención de alta calidad mediante el uso de tecnología de salud virtual durante el día escolar.

Con su permiso, la enfermera escolar utilizará tecnología de video en vivo para conectar al estudiante o miembro del personal con un doctor, asociado médico (physician assistant) o enfermero especializado (nurse practitioner) de Atención de Urgencia de Médicos Asociados de Salud Ballad localizado fuera de la escuela. El proveedor de atención de urgencia podrá diagnosticar, pedir análisis de laboratorio básicos y enviar cualquier receta de medicamento necesaria a la farmacia del paciente, y todo eso sin salir de la oficina de la enfermera escolar.

Nuestra meta es brindar atención médica de calidad que reduzca el tiempo fuera de la escuela o del trabajo.



Preguntas frecuentes

¿Cómo funciona una cita de salud virtual en la escuela?

Con la ayuda de tecnología, un proveedor de salud localizado fuera de la escuela puede recibir información relacionada con la afección médica de un(a) paciente.

Con la asistencia de la enfermera escolar, el proveedor localizado fuera de la escuela puede interactuar en vivo con el paciente por la computadora, ver imágenes de garganta/boca, oídos, ojos, erupciones de la piel y demás del paciente, como así también pedir análisis de laboratorio básicos y enviar recetas de medicamentos a la farmacia del paciente si fuera necesario.

Nuestros proveedores de salud virtual son doctores, asociados médicos y enfermeros especializados, empleados de Atención de Urgencia de Médicos Asociados de Salud Ballad.

¿Qué se ofrece en este servicio de salud virtual en la escuela?

Ofrecemos servicios de atención primaria a los estudiantes y al personal, incluyendo el diagnóstico y tratamiento de:

- Fiebre
- Dolor de garganta/faringitis estreptocócica
- Síntomas de alergias
- Dolor de oído
- Náusea/diarrea
- Dolor abdominal
- Irritación de la piel/erupción/herida
- Inflamación
- Esguinces/distensión/contusión de las extremidades
- Infección de Vías Urinarias
- Síntomas de resfriado/gripe (tos, secreción y congestión nasal, etc.)

¿Cómo padre/madre o apoderado, puedo asistir a la consulta?

Sí, nosotros animamos a los padres/apoderado a asistir a la consulta. La enfermera se comunicará con usted para invitarle a la consulta y le dará un enlace si prefiere participar desde lejos. Si usted ha completado la documentación correspondiente y la enfermera no puede comunicarse con usted a tiempo, procederemos con la consulta virtual.

¿Qué ocurre después de una consulta de telemedicina?

Nuestros proveedores se comunicarán con los padres/apoderado después de la consulta. Si su hijo/a necesita tratamiento adicional, la enfermera de la escuela les comunicará esto a los padres/apoderado. También enviaremos por fax una copia del informe al proveedor de atención primaria del paciente, si así se indicó en el formulario de inscripción.

Si se necesita una receta de medicamento para tratamiento, el proveedor la enviará electrónicamente a la farmacia que usted prefiera.

¿Cuándo se puede programar una consulta virtual?

Este servicio está disponible de lunes a viernes durante el horario normal de la escuela.

¿Mi hijo/a podrá permanecer en la escuela después de la consulta virtual, y recibirá una nota del médico?

Que su hijo/a pueda completar el día escolar dependerá de la afección médica y los síntomas. De ser necesario, se enviará una nota del médico a la oficina escolar de asistencias.

¿Mi seguro de salud cubre la consulta de salud virtual?

Le enviaremos la factura a su seguro de salud, o usted tiene la opción de abonar un pago fijo de \$30 por la consulta. Por favor, tenga en cuenta que hay un costo adicional para examen de influenza y estreptococo.

Facturación a su seguro de salud

Por favor recuerde que, si usted no ha cubierto sus gastos deducibles para el año, usted será responsable por la porción de gastos a su cargo que su plan determine. Si su hijo/a no tiene seguro de salud, también podemos averiguar si califica para el plan de seguro de salud del estado (TennCare).

Pago por cuenta propia

Si elige hacer un pago fijo de \$30 por consulta, por favor marque "Pago por cuenta propia" en el Formulario de Información del Paciente.

¿Si no quiero que mi hijo/a utilice este servicio, de todos modos, puede ser atendido/a por la enfermera de la escuela?

Sí; simplemente no llene el formulario de inscripción. Si su hijo/a se enferma en la escuela, él/ella no podrá utilizar este servicio si usted no ha llenado el formulario.

¿Cómo inscribo a mi hijo/a?

Complete, firme y envíe todos los formularios (formulario de información del paciente, consentimientos e historial) del "paquete de regreso a la escuela", o contacte a la enfermera de su escuela. Por favor, incluya una fotocopia de su tarjeta del seguro de salud (de ambos lados).



Formulario de Información del Paciente

Medical Associates

Instrucciones para los padres: Por favor, llene este formulario en nombre de su hijo/a.

Información del paciente

Nombre de su hijo/a (apellido, primer nombre, segundo nombre): _____

Fecha de nacimiento (Mes / Día / Año): : _____ / _____ / _____ Masculino: () Femenino: ()

Número de Seguro Social-SSN #: _____ - _____ - _____

Domicilio de su hijo/a: _____

Su hijo/a vive con (marque todo lo que corresponda): Madre Padre Apoderado/Otro _____ N° de Teléfono: _____

Nombre de su farmacia de preferencia: _____ Dirección de su farmacia de preferencia: _____

Teléfono de su farmacia de preferencia: _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____

Nombre de la escuela: _____ Distrito escolar: _____

Pediatra/Proveedor de Atención Primaria: _____ Teléfono/Fax del Médico/Proveedor de Atención Primaria: _____

Raza/origen étnico (por favor, seleccione el grupo que corresponda):

- Indio norteamericano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Otro
 Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico Blanco o caucásico Latino / Hispano No deseo contestar

Información de los Padres/Apoderado

Nombre de la madre/Apoderado: _____ Nombre del padre/Apoderado: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono alternativo: _____ Teléfono principal: _____ Teléfono alternativo: _____

Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____ Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____ Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia – En caso de emergencia, ¿con quién debemos comunicarnos?

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

¿Pueden los Médicos Asociados de Salud Ballad divulgar su información médica y de facturación a este contacto? Si No

Pago por cuenta propia Yo haré un pago fijo de \$30 por consulta, por favor no facture a mi seguro de salud.

Información del seguro de salud

¿Su hijo/a está cubierto por un seguro de salud? Si No

Persona(s) responsable(s) por la factura Madre Padre Otro: _____ Domicilio: _____

Número de teléfono principal: _____ Número de celular: _____

Seguro primario

Titular de la póliza: Hijo/a Madre Padre Otro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del seguro: _____ Teléfono del seguro: _____

Número de identificación del seguro: _____ Número de grupo del seguro: _____

Seguro secundario

Titular de la póliza: Hijo/a Madre Padre Otro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del seguro: _____ Teléfono del seguro: _____

Número de identificación del seguro: _____ Número de grupo del seguro: _____

Certifico que la información contenida en este formulario es fiel y correcta. Además, entiendo que es mi responsabilidad y obligación informar a Médicos Asociados de Salud Ballad si cualquier información en este formulario cambia en el futuro.

Nombre (en letra de imprenta) del padre / madre o apoderado legal

Firma

Fecha

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Cuestionario de Salud

Instrucciones para los padres: Por favor llene este formulario en nombre de su hijo/a y adjunte una copia de su tarjeta del seguro de salud.

Salud general

¿Su hijo/a tiene alguna alergia confirmada (alimentos, medicamentos, etcétera)? Sí No

Anotetodas las alergias confirmadas: _____

¿Su hijo/a está recibiendo tratamiento para algún problema de salud actualmente? Sí No

Especifique quién le está brindando el tratamiento:

Si responde sí, explique: _____

¿Su hijo/a toma medicamentos diariamente? Sí No

Por favor, anote todos los medicamentos, las dosis, y cuándo los toma:

Nombre del medicamento	Dosis	¿Cuándo los toma?	Nombre del medicamento	Dosis	¿Cuándo los toma?
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Nombre del Pediatra/Proveedor de Atención Primaria: _____

Por favor comparta cualquier otra información de salud de su hijo/a que sea pertinente.

¿Usted, su hijo/a u otra persona en su hogar fuma? Sí No

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Consentimiento para Atención y Tratamiento

Médicos Asociados de Salud Ballad, en cooperación con su escuela y de manera colaborativa, ha establecido un servicio de salud virtual en la escuela. Nuestra meta es brindar atención médica de calidad al personal y los estudiantes en la comodidad del entorno escolar. Nuestro objetivo es impactar positivamente la salud de los estudiantes, su asistencia y su desempeño escolar. Para más información, por favor lea la sección de "Preguntas Frecuentes" o comuníquese con la enfermera de su escuela.

Con el fin de que su hijo/a reciba servicios de servicio de salud virtual en la escuela, usted debe dar su consentimiento a lo siguiente y debe llenar y firmar este formulario donde se indique.

- Doy mi consentimiento para que Médicos Asociados de Salud Ballad, su(s) médico(s) y otros proveedores de atención médica (Proveedores) examinen a (nombre del estudiante) _____ y le brinden atención y tratamiento, incluyendo evaluación, diagnóstico, consulta y tratamiento de la afección médica de mi hijo/a utilizando tecnología avanzada en telecomunicaciones (servicios de telemedicina).
- Entiendo que, si mi hijo/a requiere servicios de telemedicina, se hará lo posible para contactarme e invitarme a participar en la consulta médica por medio de tecnología telefónica o de video. Si no pueden comunicarse conmigo a tiempo, entiendo y doy consentimiento para que mi hijo/a sea atendido por los proveedores en mi ausencia y que se me proporcione un resumen de la consulta, si yo lo solicito.
- Entiendo que los servicios de telemedicina pueden incluir audio, vídeo u otros medios electrónicos, y que los proveedores pueden: (1) estar ubicados fuera de la escuela; (2) examinar a mi hijo/a cara a cara a través de tecnología en telemedicina y/o analizar la información de salud transmitida a través de tecnología en telemedicina; y (3) basarse en la información proporcionada por mi hijo/a y/u otros profesionales de la salud que estén presentes en la oficina.
- Entiendo y estoy de acuerdo en que a los proveedores no se les hará responsables por factores fuera de su control (por ejemplo, fallas en la tecnología, datos incompletos o incorrectos proporcionados por otros, o distorsión de las imágenes a causa de la transmisión electrónica). Entiendo que se tomarán medidas razonables para resguardar la confidencialidad de los datos del paciente, pero que no se puede garantizar la seguridad de la información electrónica.
- Entiendo que otras personas pueden estar presentes durante la consulta para operar equipos de telemedicina y tecnología y doy mi consentimiento y autorizo a que se tomen grabaciones de audio/vídeo o fotografías con el fin de brindarle a mi hijo/a los servicios de telemedicina. Estas grabaciones o fotografías pueden llegar a ser parte del expediente médico de mi hijo/a.
- Entiendo que si un proveedor considera que se requieren servicios de salud adicionales o que éstos beneficiarían a mi hijo/a, se podría realizar una derivación o recomendación para atención de seguimiento.

He leído este formulario o me ha sido leído, y entiendo su contenido. Al firmar a continuación, afirmo que: (1) estoy de acuerdo con todas las declaraciones anteriores y (2) autorizo que se le brinden servicios de telemedicina a mi hijo/a durante el año escolar _____.

Firma del Padre/Madre o Apoderado Legal

Fecha

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Cesión y Autorización para Facturar al Seguro de Salud

Con el fin de que su hijo/a reciba servicios de servicio de salud virtual en la escuela, usted debe dar su consentimiento a lo siguiente y debe llenar y firmar este formulario donde se indique.

- Doy mi autorización y le otorgo permiso a Médicos Asociados de Salud Ballad para facturar a mi compañía del seguro de salud o a terceros responsables de los pagos por los servicios de atención médica brindados a mi hijo/a. También autorizo a mi compañía del seguro de salud a pagar directamente a Médicos Asociados de Salud Ballad por dichos servicios de atención médica.
- Cedo y transfiero mis derechos directamente a Médicos Asociados de Salud Ballad, bajo las normas pertinentes de seguro y/o de beneficios, para que Médicos Asociados de Salud Ballad pueda obtener el pago por los servicios de atención médica brindados a mi hijo/a. Cedo a Médicos Asociados de Salud Ballad: (1) el derecho a reclamar el pago por bienes y servicios brindados a mi hijo/a por Médicos Asociados de Salud Ballad; (2) el derecho a cualquier acuerdo o compensación legal; y (3) la opción (pero no la obligación) de apelar o procurar cualquier reclamo negado o atrasado.
- Autorizo a Médicos Asociados de Salud Ballad a divulgar información a mi compañía del seguro de salud, a terceros responsables de los pagos y/o a sus representantes, en relación con los servicios de atención médica brindados a mi hijo/a. También autorizo a mi plan del seguro de salud y a terceros responsables de los pagos a divulgar a Médicos Asociados de Salud Ballad información con respecto a beneficios, cobertura y acuerdos.
- Entiendo y acepto que yo tengo plena responsabilidad por cualquier factura adeudada que no esté cubierta por mi póliza del seguro de salud, incluyendo copagos, deducibles y/u otros gastos a mi cargo, de acuerdo con la escala de honorarios de Médicos Asociados de Ballad Health. Si no tengo cobertura de seguro de salud, entiendo que se me facturará directamente por los servicios de Médicos Asociados de Salud Ballad hacia mi hijo/a. Acepto pagar puntualmente cualquier monto a mi cargo por los servicios de atención médica brindados por Médicos Asociados de Salud Ballad a mi hijo/a.

He leído este formulario o alguien me ha sido leído, y entiendo su contenido. Al firmar a continuación, afirmo que entiendo, acepto, y estoy de acuerdo con todas las declaraciones anteriores.

Firma del Padre/Madre o Apoderado Legal

Fecha

Nombre (en letra de imprenta) del Padre/Madre o Apoderado Legal

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Consentimientos para la inscripción y confirmaciones

Página 1 de 1

Confirmación de Privacidad

1. ¿Podemos llamarle al número de teléfono que nos dio y dejar un mensaje en el contestador automático o con un miembro de la familia/amigo(a) con respecto a su cita o a los resultados de sus estudios? * Si No
Si responde no, ¿hay otro número al cual podemos tratar de llamarle? _____

2. ¿Podemos enviarle por correo, al domicilio que nos dio, información con respecto a su cita o los resultados de sus estudios?
 Si No Si responde no, ¿hay otra dirección a la que le podemos enviar la información?

3. ¿Desea usted que compartamos su información de salud con un miembro de su familia o con un(a) amigo(a)?
 Si No Si responde sí, indique el nombre (o nombres) de la(s) persona(s).

4. ¿Podemos enviarle por correo electrónico información sobre nuestro grupo médico, programas educativos e información general de salud? Si No Si respondo sí, entiendo que las transmisiones de correo electrónico pueden ser inseguras y que éstas no serán usadas con el propósito de comunicar mi información personal de salud.

Nota: Para proteger su información, nos reservamos el derecho de usar nuestro criterio y discreción profesional al comunicar información o resultados de los estudios, datos que por su naturaleza pueden ser "privados".

Confirmando que he recibido una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad de la Información de Salud Protegida" de Médicos Asociados de Salud Ballad, el cual describe en qué manera Médicos Asociados de Salud Ballad utiliza y divulga información de salud.

Derivaciones para servicios

Este grupo médico es una filial de Ballad Health. Salud Ballad se compromete a honrar a aquellos que sirve brindando la mejor atención posible. Consecuente con la misión generalizada de Salud Ballad y los valores que compartimos con los médicos que empleamos, nuestros empleados médicos están de acuerdo en derivar a sus pacientes a proveedores, profesionales de la salud y distribuidores dentro del sistema Salud Ballad cuando sus pacientes necesiten servicios médicos no disponibles en este grupo médico, siempre y cuando tal derivación sea para mayor beneficio del paciente y no sea contraria a la elección expresa del paciente, y que además no sea incompatible con los requisitos del seguro de salud del paciente.

Información de Medicare y Medicaid

Certifico que la información que he proporcionado al solicitar pagos conforme al Título XVII de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otra índole acerca de mi persona a divulgar a la Administración del Seguro Social, o a sus intermediarios o representantes, cualquier información necesaria para esta solicitud u otro reclamo relacionado de Medicare o Medicaid. Además, certifico que he proporcionado toda la información requerida en relación a cualquier otra responsabilidad por cargos de servicios médicos con el fin de llenar el formulario de Medicare como Pagador Secundario (Medicare Secondary Payor o MSP por sus siglas en inglés). Solicito que se efectúe el pago de los beneficios autorizados a mi nombre. Autorizo a que Médicos Asociados de Salud Ballad obtenga información del Departamento de Servicios Humanos acerca de mi calificación para Medicaid.

Firma del Padre/Madre o Apoderado Legal

Fecha