

Name MRN DOB (Identificación del paciente)	 VCU Health TM VCU Medical Center Autorización para participar en el programa escolar de telemedicina
---------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Autorizo a mi hijo _____ a participar en una consulta de telemedicina con un proveedor de MCV Associated Physicians o Virginia Commonwealth University Health System (en conjunto MCVP/VCUHS) durante el año escolar 2024-2025. Una consulta de telemedicina quiere decir por medio de un video o conexión a Internet en el que mi hijo, o el equipo de enfermería de la escuela, puede consultar a un proveedor sobre su situación médica. El objetivo de esta consulta es tener acceso al sistema de salud por medio del uso de un enlace con video interactivo en tiempo real o para guardar y enviar la consulta.

Ya que esta consulta de telemedicina puede ser diferente del tipo de consulta con la que estoy familiarizado, comprendo y autorizo lo siguiente:

1. Se puede hablar con los proveedores que participan en la visita de telemedicina en MCVP/VCUHS o con otro personal de los detalles de la historia clínica de mi hijo, exámenes y pruebas como se indicó antes de la evaluación en preparación de la consulta de mi hijo.
2. Los médicos de MCVP/VCUHS u otros proveedores determinarán si la afección diagnosticada o tratada es apropiada para una visita de telemedicina.
3. El médico u otro proveedor médico que examine a mi hijo puede transmitir y guardar en los servidores de la web con acceso a Internet y compartir electrónicamente por computadora y topologías de la red o sistemas de video interactivos en dos direcciones, los detalles de la historia clínica de mi hijo, exámenes físicos, prescripciones y pruebas (incluidas fotografías o radiografías) con los médicos u otros proveedores de MCVP/VCUHS, con el proveedor de atención primaria de mi hijo, así como el equipo de enfermería de la escuela de mi hijo. La información que identifica al paciente no será compartida con otras partes sin mi consentimiento expreso.
4. Se tomarán medidas de codificación y seguridad, y, con la excepción de la videoconferencia, la identificación de mi hijo será anónima excepto para aquellos que proporcionen el cuidado durante la visita de telemedicina. Comprendo que puede haber un posible problema respecto a la privacidad cuando la información se transmite electrónicamente, puede ser más vulnerable a la divulgación o manipulación que cuando esta información se transmite a mano.
5. Libero de toda responsabilidad al personal VCUHS/MCVP de la pérdida de información debido a problemas técnicos.
6. Durante la consulta por video pueden o no estar presentes otros miembros del personal médico en VCUHS/MCVP.
7. VCUHS/MCVP puede usar la información, radiografías, imágenes y fotos transmitidas a VCUHS/MCVP, la grabación del video de la consulta de mi hijo, revisada, en la historia clínica de mi hijo.
8. El médico o proveedor médico del lugar donde se hace el examen o tratamiento guardará en la historia clínica de mi hijo la información de todo informe generado por el proveedor médico de VCUHS/MCVP.

La participación de mi hijo en las consultas de telemedicina es voluntaria y comprendo que tengo el derecho a suspender esta participación en cualquier momento. Además comprendo que tengo el derecho a:

1. Solicitar que el médico remitente u otro proveedor (enfermera de la escuela) omita los detalles específicos de mi historia clínica o exámenes anteriores que son delicados para mí.
2. Solicitar que el médico remitente u otros proveedores se abstengan de transmitir la información de mi hijo si lo he solicitado antes de que la información sea transmitida.

He leído este formulario o me lo han leído. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y me han sido contestadas. Con mi firma autorizo a mi hijo a participar en la consulta de telemedicina como queda descrito anteriormente.

Nombre completo del niño _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del padre o madre _____

Firma del padre o madre _____ Fecha _____ Hora _____



DT-CONSENT-O

Copia de la Historia Clínica

H-MR-1874 (02-24)
Telemedicine

Cuestionario del Paciente para el Programa Piloto de Telemedicina

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Agradecemos su colaboración al proporcionarnos información importante sobre el cuidado médico de su hijo/a. Por favor, responda lo siguiente:

1. ¿Su hijo/a consulta regularmente a un pediatra, médico de cabecera o un enfermero especializado en medicina familiar? Sí No
En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del pediatra, médico de cabecera, enfermero especializado o de la clínica? _____
2. ¿Autoriza Children's Hospital of Richmond At VCU a enviar un resumen de la visita de telemedicina al pediatra o médico de su hijo/a? Sí No

Nombre del padre/madre/tutor legal
(LETRA DE MOLDE)

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

Información del Seguro Médico

1. ¿Su hijo/a está inscrito/a en Medicaid o en otro seguro médico (OHI, por sus siglas en inglés)?
 Sí No
Si tiene Medicaid, ¿cuál es el número de Medicaid de su hijo/a? _____
2. Si tiene otro seguro médico, por favor proporcione la siguiente información y adjunte una copia de la tarjeta del seguro:

Nombre de la compañía de seguro médico: _____

Nombre del plan: _____

Numero de grupo: _____

Número de ID: _____

Titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Adjunte una copia de su tarjeta de seguro (escanee o tome una foto)

Solo para el Uso de servicios de Salud Escolar

Nombre de la Escuela: _____

Grado: _____