

**Consentimiento Para Videoconsultas**

***Lea, llene y firme esta forma antes de devolverla a la Garfield Elementary.***

**Por favor, tenga en cuenta:**

- Su hijo/estudiante será evaluado por un proveedor de atención médica de YVFWC y puede ser examinado por la enfermera de la escuela, siguiendo las instrucciones del proveedor.
- Se utilizan computadoras y monitores para que todos puedan verse y hablar.
- Usted y el estudiante tienen el derecho de solicitar que el proveedor de salud interrumpa la videoconsulta y puede dejar de participar en este programa en cualquier momento.
- Usted y el estudiante pueden utilizar este programa y seguir consultando a otros proveedores de atención médica.
- La participación en este programa **no** cambia su doctor de cabecera, su seguro médico **ni** afecta el número de veces que usted puede consultar con los profesionales de la salud de rutina.

**Servicios de atención médica (“Servicios”) que pueden ser proporcionados en este programa incluirán los siguientes, entre otros:**

- 1| Servicios obligatorios de salud escolar, incluyendo exámenes de la vista (anteojos), los oídos, asma, obesidad, escoliosis, tuberculosis y otras condiciones médicas, primeros auxilios y vacunas recomendadas.
- 2| Examen físico (examen médico completo), incluyendo exámenes físicos para la escuela, los deportes, los documentos de trabajo e inmigración.
- 3| Pruebas de laboratorio ordenadas por el proveedor de atención médica como las de anemia, faringitis estreptocócica, niveles de glucosa y análisis de orina.
- 4| Atención médica y tratamiento, incluyendo el diagnóstico de enfermedades agudas y crónicas, la administración de medicamentos en la escuela y medicamentos recetados.
- 5| Servicios de salud mental incluyendo las evaluaciones, los diagnósticos, la terapia y las referencias.
- 6| Educación de salud y consejos para ayudar en la prevención de conductas de riesgo como el abuso de drogas, alcohol y tabaco, las infecciones de transmisión sexual y VIH (apropiados para la edad del estudiante).

**Usted entiende que:**

- 1| Existen limitaciones en la prestación de atención médica a través de las videoconsultas. Por ejemplo, es posible que el proveedor de salud no pueda diagnosticar ni proporcionar tratamiento al estudiante a través de la videoconsulta. Además, las fallas tecnológicas y de equipo pueden afectar la evaluación oportuna o el tratamiento. Asimismo, el fallo en los protocolos de seguridad de información puede causar una violación de la privacidad.
- 2| La prestación de atención médica no es una ciencia exacta. Por esa razón no puede garantizarse su eficacia.
- 3| Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que sea revocado. Usted tiene derecho a revocar su consentimiento para el uso de los servicios de este programa en cualquier momento. Solo tiene que avisar por escrito a la oficina de la escuela o a YVFWC. Usted entiende que cuando revoca el consentimiento, el estudiante no podrá utilizar el programa de videoconsultas. La revocación del consentimiento entrará en vigor cuando la escuela o YVFWC reciban su notificación por escrito y no afectará ninguna acción tomada por los proveedores de atención médica basada en el consentimiento previo a su revocación.
- 4| Nada en este consentimiento afecta su derecho a revisar o recibir una copia de los expedientes médicos del estudiante proporcionados por los proveedores de atención médica del estudiante, incluyendo cualquier información de dichos expedientes médicos que ha sido transmitida a través de estos servicios.
- 5| El proveedor puede concluir que la videoconsulta no es apta para diagnosticar o tratar la condición del estudiante y necesitará solicitar servicios de atención médica de un especialista u otro proveedor de salud.
- 6| Pueden obtenerse algunas imágenes fotográficas del estudiante durante el curso de la videoconsulta que se utilizarán por personas autorizadas para propósitos de tratamiento del estudiante.
- 7| Por ley, no es necesario obtener el consentimiento de los padres para que el estudiante reciba exámenes obligatorios, primeros auxilios, cuidados prenatales, servicios relacionados con la conducta sexual y la prevención de embarazo y la prestación de atención médica cuando la salud del estudiante esté en riesgo. Asimismo, usted entiende que el consentimiento de los padres no es necesario para los estudiantes de 18 años en adelante o para los estudiantes que son padres, estudiantes casados o legalmente emancipados o considerados “menores adultos” por el proveedor de atención médica que los atiende.
- 8| Si usted decide no firmar esta forma de consentimiento su estudiante no podrá utilizar estos servicios.
- 9| Usted tiene el derecho de revisar el aviso de las prácticas de privacidad antes de firmar esta forma. El aviso de prácticas de privacidad está disponible en las oficinas de YVFWC y en la página web [www.yvfwc.org](http://www.yvfwc.org) y puede ser modificado sin previo aviso.
- 10| Información relacionada con el estudiante que sea utilizada de acuerdo con su consentimiento otorgado a continuación, puede incluir información sobre la conducta sexual, el embarazo, el abuso de sustancias, los resultados de pruebas que detectan enfermedades contagiosas, incluyendo VIH/SIDA y abuso de alcohol. Dado los servicios ofrecidos a través de este programa (incluyendo servicios confidenciales), les aconsejarán a los estudiantes que incluyan a sus padres o tutores legales en las decisiones para servicios como asesoramiento y servicios de atención médica. Usted entiende que la información utilizada bajo esta autorización puede ser facilitada de nuevo por la persona/entidad que obtenga la información y dejará de estar protegida por la ley estatal y federal.

**Por favor consulte ambos lados de esta forma de consentimiento.**

	<b>Spokane</b>	<b>Garfield Elementary</b>	
Fecha de hoy	Distrito Escolar	Nombre de Escuela	Grado

**Marque esta casilla para indicar que usted no desea otorgar su consentimiento para que el estudiante indicado arriba reciba servicios de videoconsultas.**

Firme aquí si no desea utilizar los servicios de videoconsultas \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**No es necesario llenar el resto de la forma si no desea utilizar el servicio de videoconsultas.**

**ESTUDIANTE** \_\_\_\_\_ **Sexo:**  Hombre  Mujer

Nombre (apellido, nombre) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Domicilio del estudiante \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Doctor del Estudiante \_\_\_\_\_ Farmacia del estudiante para recetas \_\_\_\_\_

**Etnicidad:**  Hispánica  Afroamericana  Caucásica  Nativo de América del norte  Asiática/Isleño del Pacífico  Otra \_\_\_\_\_

**PADRE/TUTOR LEGAL**

\_\_\_\_\_ Padre/Tutor Legal Nombre (Apellido, Nombre) \_\_\_\_\_ Padre/Tutor Legal Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Relación al estudiante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono Casa/Móvil \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Idioma preferido \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

\_\_\_\_\_ Nombre escrito \_\_\_\_\_ Relación al Estudiante \_\_\_\_\_ Teléfono Casa/Móvil \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO**

**Medicaid/Seguro Apple Health:**  No  Sí - ID# \_\_\_\_\_

**Otro seguro médico:**  No  Sí- Nombre de asegurado \_\_\_\_\_ Nombre de seguro de salud \_\_\_\_\_

ID Miembro/Número de póliza \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

El/La abajo firmante ha leído y entendido los servicios detallados en la siguiente página (los "Servicios") y la manera que se utilizará la información obtenida. Cada uno entiende los riesgos y beneficios de las videoconsultas en la atención médica y el tratamiento para el "Estudiante" identificado arriba. La firma de los abajo firmantes otorga el consentimiento para que el Estudiante reciba los Servicios proporcionados por la clínica Yakima Valley Farm Workers Clinic ("YVFWC") y el Distrito Escolar detallado en este consentimiento y en el momento que el Estudiante reciba la evaluación o atención médica. Cada uno ha recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad (el "Aviso").

El abajo firmante otorga su consentimiento a la utilización e intercambio de toda (específica y expresamente incluyendo, sin limitarse a la información considerada "delicada" o protegida por la ley), información médica, dental psicológica y cualquier otra información de carácter personal o confidencial del Estudiante, considerada así por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia ("FERPA", por sus siglas en inglés), la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 ("HIPAA, por sus siglas en inglés"), en su forma enmendada, cualquier otra política, estatuto o reglamento de privacidad, estatutos o reglamentos y las políticas del Distrito Escolar, según sea necesario, a cualquier parte aplicable, según lo determinen los representantes de YVFWC y el Distrito Escolar, para la prestación de servicios. La firma del abajo firmante otorga el consentimiento y la renuncia a YVFWC y el Distrito Escolar a ponerse en contacto con otros proveedores de atención médica que han examinado el Estudiante y para que ellos obtengan copias de la información sobre la atención médica recibida u otra información, ya sea protegida o no.

El abajo firmante también concede a YVFWC todos los derechos, beneficios e intereses bajo Medicare/Medicaid o cualquier póliza de seguro, plan de salud u otra tercera parte responsable a mí, como contraprestación por servicios prestados por YVFWC al Estudiante. El abajo firmante autoriza el pago directamente a YVFWC por parte de Medicare/Medicaid o cualquier póliza de seguro médico, plan de salud o pago por tercera parte por el tratamiento recibido de los proveedores de YVFWC. El abajo firmante entiende que algunos servicios no serán cubiertos por Medicare/Medicaid u otros seguros médicos y que cada uno puede ser responsable de los cargos incurridos por dichos Servicios. El abajo firmante también entiende que es necesario pagar todos los deducibles a menos de que se hayan cumplido dentro del período aplicable.

\_\_\_\_\_ Firma de Padre/Tutor legal \_\_\_\_\_ Nombre escrito \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma de Estudiante (si tiene más de 13 años) \_\_\_\_\_ Nombre escrito \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Por favor consulte ambos lados de esta forma de consentimiento.**