



# Clínica de salud virtual de la Red Infantil Niswonger en la escuela

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

## Ahora te podemos atender.

El Hospital de Niños Niswonger se ha asociado con Ballad Health Medical Associates Urgent Care para proporcionarle a los estudiantes y al personal una opción conveniente para acceder a una atención médica de alta calidad utilizando la tecnología de salud virtual mientras están en la escuela.

Con autorización, una enfermera de la escuela utilizará la tecnología de video en directo para conectar al estudiante o al trabajador con un médico, un asistente médico o una enfermera facultativa de Ballad Health Medical Associates que se encuentre fuera de las dependencias. El proveedor de atención de urgencia tendrá la capacidad de diagnosticar, escuchar el corazón y los pulmones del paciente, pedir exámenes de laboratorio básicos y enviar cualquier receta médica necesaria a la farmacia del paciente - todo sin salir de la enfermería de la escuela.

Nuestro objetivo es brindar una atención médica de calidad que reduzca el tiempo de ausencia de la escuela o del trabajo.

# Preguntas frecuentes

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

Con ayuda de la tecnología, un proveedor externo puede recibir información relacionada con el cuadro clínico del paciente.

Con la ayuda de la enfermera de la escuela, el proveedor ubicado fuera del establecimiento interactuará en directo con el paciente a través del computador, verá imágenes de su garganta y boca, oídos, ojos, sarpullidos de la piel, etcétera, escuchará el corazón y los pulmones del niño/a, y además pedirá exámenes de laboratorio básicos y enviará recetas a la farmacia del paciente, de ser necesario.

Nuestros proveedores de salud virtual son médicos, asistentes médicos y enfermeras facultativas que trabajan para Ballad Health Medical Associates Urgent Care.

## ¿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/amigdalitis estreptocócica
- Síntomas de alergia
- Dolor de oído
- Náuseas/diarrea
- Dolor abdominal
- Irritación de la piel/erupción/herida
- Inflamación
- Esguinces/distensiones/contusiones de extremidades
- Conjuntivitis aguda
- Síntomas de resfrío/gripe (tos, secreción nasal/congestión nasal, etc.)

## Como padre, madre o tutor, ¿puedo asistir a la consulta?

Sí, fomentamos a los padres o tutores a asistir a la consulta en persona o a distancia. La enfermera de escuela le contactará para invitarle a la consulta, y le enviará un enlace si prefiere participar a distancia. Si ha completado la documentación adecuada y no puede ser localizado a tiempo, procederemos a realizar la consulta virtual.

## ¿Qué sucede después de una consulta de telemedicina?

Nuestros proveedores harán un seguimiento con los padres o tutores después de la consulta. Si su hijo/a necesita más tratamiento, la enfermera de la escuela se lo comunicará a los padres o tutores. También le enviaremos el informe al proveedor de atención primaria del paciente por fax o por copia electrónica a través de nuestro sistema de registro de salud electrónico (EPIC), si así lo indican los documentos de inscripción.

Si se necesitan recetas para el tratamiento, el proveedor las recetará electrónicamente a su farmacia de preferencia.

## ¿Cuándo se puede programar una consulta virtual?

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

## ¿Podrá mi hijo/a permanecer en la escuela después de una consulta médica virtual, y se proporcionará una nota del médico?

La posibilidad de que su hijo/a finalice el día en la escuela depende de su condición médica y de los síntomas que tenga. Si corresponde, se enviará una nota del médico a la oficina de registros de asistencia.

## ¿Cubre mi seguro la consulta de salud virtual?

Mandaremos una factura a su seguro, y si su hijo/a no tiene seguro, ofrecemos una tarifa fija de \$49 por consulta. También podemos tratar de determinar si puede acogerse al plan de seguro médico estatal.

Tenga en cuenta que las pruebas de la gripe, COVID o estreptococos tienen un costo adicional. Los pacientes que pagan por sí mismos pueden esperar recibir los siguientes precios para las pruebas de laboratorio (gripe: \$ 6.60, estreptococos: \$ 3.30 y COVID: \$ 6.21).

## Si no quiero que mi hijo use este servicio, ¿aún puede ver a la enfermera de la escuela?

Sí; simplemente ignore los formularios de inscripción. Si su hijo se enferma en la escuela, no puede utilizar este servicio si usted no ha completado los formularios de inscripción.

## ¿Cómo inscribo a mi hijo/a?

Complete, firme y devuelva todos los formularios de inscripción (formulario de información del paciente, consentimientos e historial) en su paquete de vuelta a la escuela, o comuníquese con la enfermera de su escuela. Incluya una copia de su tarjeta de seguro (por delante y por detrás).

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## Consentimiento para atención y tratamiento

Ballad Health Medical Associates se ha asociado con su escuela para desarrollar un servicio de salud virtual colaborativo ubicado en la escuela. Nuestro objetivo es brindar atención médica de calidad al personal y a los estudiantes en la conveniencia del entorno escolar. Nuestro propósito es influir positivamente en la salud, la asistencia a la escuela y el rendimiento académico de los estudiantes. Para obtener más información, consulte nuestras “preguntas frecuentes” o comuníquese con la enfermera de la escuela de su hijo/a.

Para que su hijo/a reciba servicios de salud virtual en la escuela, usted debe dar su consentimiento a continuación, y completar y firmar este formulario donde se indica.

- Doy mi consentimiento para que Ballad Health Medical Associates, sus médicos y otros proveedores de atención médica (proveedores) examinen a (nombre del estudiante) \_\_\_\_\_ y para que le atiendan y den tratamiento, lo que pudiese incluir la evaluación, diagnóstico, consulta y tratamiento de la afección médica de mi hijo/a a través de una tecnología de telecomunicaciones avanzada (servicios de telemedicina).
- Entiendo que, si mi hijo/a requiere servicios de telemedicina, se harán intentos razonables para contactarme e invitarme a participar en la consulta médica por teléfono o por tecnología de video. Si no se me puede localizar a tiempo, entiendo y doy mi consentimiento para que mi hijo/a sea atendido por los proveedores en mi ausencia y para que se me proporcionen un resumen de la consulta si lo solicito.
- Entiendo que los servicios de telemedicina pueden incluir audio, video u otros medios electrónicos y que los proveedores pueden: (1) estar ubicados fuera del establecimiento; (2) examinar a mi hijo/a cara a cara a través de la tecnología de telemedicina y revisar la información de salud transmitida por la tecnología de telemedicina; y (3) confiar en la información proporcionada por mi hijo/a y otros profesionales de la salud en el establecimiento.
- Entiendo y acepto que los proveedores no serán responsables por factores fuera de su control (como fallas tecnológicas, datos incompletos o inexactos proporcionados por otros, o distorsiones de imágenes debido a la transmisión electrónica). Entiendo que se tomarán medidas razonables para proteger la confidencialidad de los datos del paciente, pero no se puede garantizar la seguridad de la información electrónica.
- Entiendo que otras personas pueden estar presentes durante la consulta para manejar el equipo y la tecnología de telemedicina, y doy mi consentimiento y autorizo que se realicen grabaciones de audio/video o fotografías con el fin de proporcionar los servicios de telemedicina a mi hijo/a. Estas grabaciones o fotografías pueden convertirse en parte del expediente médico de mi hijo/a.
- Entiendo que si un proveedor considera que mi hijo/a requiere o se beneficiaría de más servicios de atención médica, puede derivarle o recomendarle otro proveedor para continuar la atención.

He leído este formulario o me lo han leído, y entiendo su contenido. Al firmar a continuación, afirmo que:  
(1) Acepto todas las declaraciones anteriores y (2) autorizo a que se brinden servicios de telemedicina a mi hijo/a durante el año escolar \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o madre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## Asignación y autorización para facturar al seguro médico

Para que su hijo/a reciba servicios de salud virtual en la escuela, debe dar su consentimiento a lo siguiente y completar y firmar este formulario donde se indica.

- Autorizo y otorgo permiso a Ballad Health Medical Associates para facturar a mi compañía de seguros u otros terceros pagadores correspondientes por servicios de atención médica brindados a mi hijo/a. También autorizo el pago directo de mi compañía de seguros a Ballad Health Medical Associates por los servicios de atención médica brindados a mi hijo/a.
- Cedo y transmito directamente a Ballad Health Medical Associates mis derechos en virtud de las políticas de beneficios y/o seguros aplicables, para que Ballad Health Medical Associates pueda obtener el pago de los servicios de atención médica que se le brindaron a mi hijo/a. Asigno a Ballad Health Medical Associates: (1) el derecho a reclamar el pago de los bienes y servicios proporcionados a mi hijo/a por Ballad Health Medical Associates; (2) el derecho a cualquier acuerdo o recurso legal; y (3) la opción (pero no la obligación) de apelar o realizar cualquier reclamación denegada o retrasada.
- Autorizo a Ballad Health Medical Associates a divulgar información, relacionada con los servicios de atención médica brindados a mi hijo/a, a mi compañía de seguros, a los terceros pagadores correspondientes y a sus representantes. También autorizo a mi plan de seguros y a otros terceros pagadores aplicables a divulgar información a Ballad Health Medical Associates con respecto a los beneficios, la cobertura y la información de los acuerdos.
- Entiendo y acepto que soy totalmente responsable de las facturas impagas que no estén cubiertas por mi póliza de seguro, incluidos los copagos, los deducibles y otros gastos de bolsillo, de acuerdo con el listado de tarifas de Ballad Health Medical Associates. Si no tengo cobertura de seguro, entiendo que se me facturará directamente por los servicios que brindó Ballad Health Medical Associates a mi hijo/a. Estoy de acuerdo en pagar puntualmente cualquier cantidad que deba abonar de mi bolsillo por los servicios de atención médica prestados por Ballad Health Medical Associates a mi hijo/a.

He leído este formulario o me lo han leído, y entiendo su contenido. Al firmar a continuación, afirmo que entiendo, reconozco y acepto todas las afirmaciones anteriores.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o madre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra imprenta) del padre, madre o tutor legal

Expediente médico / CI #: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## Consentimientos de registro y reconocimientos

Página 1 de 1

# Reconocimiento de privacidad

1. ¿Podemos llamar al número de teléfono que usted proporcionó y dejar un mensaje en una contestadora o con un familiar o amistad con respecto a su cita o los resultados de sus exámenes?\*  Sí  No  
Si la respuesta es no, ¿hay algún otro número en el que podamos intentar contactarle? \_\_\_\_\_
2. ¿Podemos enviarle información sobre su cita o los resultados de sus exámenes a la dirección que usted dió?  
 Sí  No Si la respuesta es no, ¿hay otra dirección a la que podamos enviarle información?  
\_\_\_\_\_
3. ¿Desea que compartamos su información de salud con un familiar o una amistad?  
 Sí  No Si su respuesta es sí, indique el nombre de la(s) persona(s). \_\_\_\_\_
4. ¿Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico con información acerca de nuestra oficina, programas educativos y salud en general?  Sí  No Si respondo que sí, entiendo que las transmisiones por correo electrónico pueden no ser seguras, y no se utilizarán con el propósito de comunicar mi información personal de salud.

**Nota:** Para proteger su información, nos reservamos el derecho de utilizar el criterio y la discreción profesional al comunicar información y resultados de exámenes que pueden ser de naturaleza “delicada”.

Reconozco que he recibido una copia del “Aviso de prácticas de privacidad para información de salud protegida” de Ballad Health, que describe cómo Ballad Health Medical Associates usa y divulga la información de salud.

## Derivaciones para servicios

Este grupo médico es una filial de Ballad Health. Ballad Health se compromete a respetar a aquellos a quienes atendemos brindándoles la mejor atención posible. De acuerdo con la misión de Ballad Health y con los valores que comparten nuestros médicos contratados, nuestros médicos empleados se comprometen a derivar a sus pacientes a proveedores, médicos y distribuidores dentro del sistema de Ballad Health siempre que sus pacientes necesiten servicios médicos que no estén disponibles en esta consulta y siempre que dicha derivación sea en el mejor interés del mismo paciente, que no sea contrario a la elección expresa del paciente y no sea incompatible con los requisitos del seguro del paciente.

## Información de Medicare y Medicaid

Certifico que es correcta la información que proporcioné al solicitar pago bajo el Título XVII de la Ley de Seguridad Social. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo acerca de mí a entregársela a la Social Security Administration, o a sus intermediarios o portadores, cualquier información necesaria para esta u otra reclamación a Medicare/Medicaid. Certifico además que he proporcionado la información necesaria con respecto a cualquier otro responsable por cargos hospitalarios para poder completar el formulario Medicare Secondary Payor (MSP). Solicito que se realice en mi nombre el pago de los beneficios autorizados. Autorizo a Ballad Health a obtener información del Department of Human Services (Departamento de Servicios Humanos) en lo que respecta a mis calificaciones para Medicaid.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o madre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Cuestionario de Salud

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

#### Salud general

¿Tiene su hijo/a alguna alergia confirmada (alimentos, medicamentos, etc.)?  Sí  No

Anote todas las alergias confirmadas \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Está su hijo/a en tratamiento por algún problema de salud actualmente?  Sí  No

Si su respuesta es sí, explique:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Su hijo/a toma medicamentos diariamente?  Sí  No

Anote todos los medicamentos, las dosis y cuándo se administran:

Medicamento	Dosis	¿Cuándo lo toma?	Medicamento	Dosis	¿Cuándo lo toma?
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Nombre del pediatra o proveedor de atención primaria \_\_\_\_\_

Por favor, comparta cualquier información adicional acerca de la salud de su hijo/a que sea pertinente.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Usted, su hijo/a o alguien en el hogar:

Fuma  Sí  No

Instrucciones para los padres: complete este formulario en nombre de su hijo/a.

## Información del paciente

Nombre del niño/a (apellido, nombre, segundo nombre): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mes/día/año): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hombre: () Mujer: () Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Domicilio del niño/a: \_\_\_\_\_

El niño/ la niña vive con (marque todo lo que corresponda):  Madre  Padre  Tutor/Otro: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia de preferencia: \_\_\_\_\_ Dirección de la farmacia de preferencia: \_\_\_\_\_

Teléfono de la farmacia de preferencia: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Distrito escolar: \_\_\_\_\_

Pediatra o proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono y fax del pediatra o prov. de aten. primaria: \_\_\_\_\_

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

- Indígena de las Américas o nativos 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 padres/tutores

Nombre de la madre/tutor: \_\_\_\_\_ Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Tel. principal: \_\_\_\_\_ Tel. alternativo: \_\_\_\_\_ Tel. principal: \_\_\_\_\_ Tel. alternativo: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo: \_\_\_\_\_

Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Contacto de emergencia: en caso de emergencia, ¿a quién debemos contactar?

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ballad Health Medical Associates puede divulgar información médica y de facturación a esta persona:  Sí  No

**Pago por cuenta propia**  Yo haré un pago fijo de \$49 por consulta, por favor no facture a mi seguro de salud.

## Información del seguro

¿Está su hijo cubierto por un seguro?  Sí  No

Persona(s) responsable(s) de la factura:  Madre  Padre  Otro: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono primario: \_\_\_\_\_ Núm. de celular: \_\_\_\_\_

### Seguro primario

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

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ Número de tel. del seguro: \_\_\_\_\_

Número de identificación del seguro: \_\_\_\_\_ Número de grupo de seguro: \_\_\_\_\_

### Seguro secundario

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

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ Número de tel. del seguro: \_\_\_\_\_

Número de identificación del seguro: \_\_\_\_\_ Número de grupo de seguro: \_\_\_\_\_

**Certifico que la información contenida en este formulario es verdadera y correcta. Además, entiendo que es mi responsabilidad y obligación el informar a Ballad Health Medical Associates si cualquier información en este formulario cambia en el futuro.**

Nombre (en letra imprenta) del padre, madre o tutor legal

Firma

Fecha

400 N. State of Franklin Road  
Johnson City, TN  
tel 423.547.5222

