



**CookChildren's**<sup>SM</sup>

**¿Su hijo se enfermó en la escuela?**

**Cook Children's puede ayudar...**

**Paquete de inscripción/registro del paciente**

**Programa de Telesalud  
y Medicina Virtual de  
Cook Children's**

**Siempre estamos aquí para cuando nos necesite.**

## Programa de Telemedicina en las Escuelas con Cook Children's

La red de doctores de Cook Children's está muy entusiasmada de trabajar con el distrito escolar de Keller para ofrecer a los padres y estudiantes una nueva opción para atención pediátrica. A través de la telemedicina, con video de alta definición y equipo de comunicaciones, la enfermera puede conectarse con el proveedor pediátrico de Cook Children's para la evaluación rápida y tratamiento para cuidar de su hijo en la escuela.

### **¿Cómo funciona el programa?**

Con permiso de los padres, un estudiante puede ser evaluado por un doctor pediatra certificado o enfermera certificada a través de una conferencia de telemedicina. La enfermera de la escuela rápidamente evaluará al estudiante en persona. Con el permiso de los padres, la enfermera puede conectarse con el pediatra o enfermera de Cook Children's. El proveedor de Cook Children's realizará una evaluación del estudiante con participación de la enfermera de la escuela y los padres o tutores participantes durante la visita.

La enfermera ayudará al proveedor durante la evaluación a través del uso de equipo especial según sea necesario. El proveedor puede oír el corazón del estudiante y los pulmones con un estetoscopio digital. El proveedor puede examinar de cerca los oídos, garganta, erupciones de piel o abrasiones en el estudiante con una cámara de alta definición.

Al finalizar la evaluación, el proveedor dará instrucciones para el cuidado de seguimiento y enviará una orden a la farmacia de preferencia para los medicamentos recetados, si es necesario. Se mantendrá un registro de la visita de su hijo en la historia clínica del estudiante en Cook Children's para referencia en el futuro. También se enviará una copia del resumen de la visita al doctor de atención primaria de su hijo. El padre, madre o tutor legal tendrá acceso a toda la información de tratamiento a través del portal de registro de salud vía internet de Cook Children's.

### **¿Cuáles son algunos ejemplos de las condiciones que podrían ser tratadas?**

Ejemplos de condiciones que podrían ser tratadas por la telemedicina son:

- Dolor de oídos
- Fiebre
- Tos y los resfriados
- Erupciones cutáneas e infecciones de piel
- Abrasiones y rasguños
- Estreptococo de la garganta/influenza
- Dolores de cabeza
- Conjuntivitis

Existen necesidades médicas que requieren una evaluación en persona por un doctor. Se podría necesitar hacer una cita con el doctor de atención primaria de su hijo directamente si la evaluación de telemedicina no es suficiente para el diagnóstico.

### **¿Cómo inscribo a mi hijo para el programa?**

Por favor complete el registro para su hijo. Puede completar electrónicamente utilizando este enlace en línea <http://www.schooltelemed.org> o puede completar un paquete de papel (disponible en la oficina de la enfermera) y regresarlo a la escuela de su hijo. La escuela de su hijo presentará toda la documentación requerida a Cook Children's para inscribir a su hijo en el programa.

### **¿Cómo se financia el programa?**

Hay que pagar una cuota por los servicios del doctor o la enfermera de práctica avanzada de medicina. El seguro médico y/o Medicaid de Texas recibirá la cuenta de aquellos estudiantes con cobertura de seguro médico verificada. Cuando la cobertura no puede ser verificada, se requiere que los padres o tutores hagan el pago de la cuota. Los pagos pueden hacerse después de la visita de su hijo a través del portal de registro de salud por vía de internet de Cook Children's.

---

**Las actuales cuotas para pago en efectivo son:**

Evaluación de paciente nuevo = \$65  
Evaluación paciente establecido = \$50  
Prueba rápida de Estreptococos = \$13  
Prueba rápida de la gripe = \$20

Un paciente nuevo se define como un paciente que no tiene una relación establecida con un pediatra de la red de doctores de Cook Children's. Los exámenes realizados en la escuela u otros servicios ordenados por el doctor durante la visita resultaran en un cargo adicional por dicho servicio.

Una lista actualizada de los doctores en la red de doctores de Cook Children's puede encontrarse en [www.CookChildrens.org](http://www.CookChildrens.org).

**¿Cómo registrarse para ver el resumen de visita de su hijo en el portal de salud?**

Una vez que su hijo está registrado en el programa, usted recibirá una invitación por correo electrónico a la dirección de correo electrónico anotada en el formulario de inscripción de su hijo que incluye un enlace electrónico para configurar la cuenta en el portal de internet de Cook Children's.

**¿Cómo sabrá si su hijo tiene una cita programada con la telemedicina?**

Cuando un estudiante se presenta a la oficina de la enfermera en la escuela, la enfermera evaluará la condición del estudiante y se pondrá en contacto con el padre, madre o tutor para discutir si es apropiado hacer una cita de telemedicina. No se pueden programar citas sin el consentimiento de los padres o tutor legal.

**¿Cómo puede participar en la cita de su hijo?**

Usted puede participar en la cita de su hijo de tres maneras diferentes. El proveedor puede preguntarle acerca del historial médico o medicamentos actuales que el paciente este tomado, por favor tenga esta información disponible y lista.

- 1) Usted puede asistir a la cita en persona en la escuela de su hijo.
- 2) Usted puede escuchar la cita de su hijo por teléfono.
- 3) Usted puede solicitar se le envíe un enlace de correo electrónico para asistir a la cita por video. En este caso usted necesitará seguir estos pasos:
  - a. Monitorear muy de cerca su buzón de correo electrónico y prepararse para unirse a la sesión puntualmente. El proveedor vera a pacientes de una cita a otra, paciente por paciente y lo hará de la forma más puntual posible y lo más cercano posible a la hora programada.
  - b. Asegúrese de que la cámara y el micrófono del dispositivo estén activados.
  - c. Asegúrese de que está en un lugar tranquilo y privado para proteger la privacidad de su hijo y minimizar el ruido o las distracciones.

**¿A quién debe contactar si tiene preguntas?**

**Preguntas sobre registro o preguntas de facturación** – Contactar a un coordinador de servicios de telemedicina de Cook Children's a [SchoolTelemed@cookchildrens.org](mailto:SchoolTelemed@cookchildrens.org) o llamar al 682-885-3426.

**Preguntas de cuidado de seguimiento sobre la visita en la clínica de la escuela** – si usted tiene preguntas con respecto a las recomendaciones para el cuidado de su hijo, preguntas sobre medicamentos, o para reportar un cambio en la condición de su hijo, por favor póngase en contacto con su doctor en Cook Children's o con el equipo de clínicas en la escuela llamando al 682-885-3426.

**Necesidades de rutina para el cuidado de la salud** - por favor, póngase en contacto con el doctor de atención primaria de su hijo para chequeos rutinarios y vacunación.

**Necesidades en la Clínica de La Escuela**, por favor, hable sobre las necesidades de atención médica que su hijo requiere directamente con la enfermera de la escuela de su hijo.

Por favor, entregue la siguiente documentación a la enfermera de su escuela:

**1. Formulario de inscripción/registro**

Información demográfica y del seguro médico de su hijo.

**2. Consentimiento para el tratamiento médico**

Autoriza al proveedor de Cook Children's para poder evaluar y tratar a su hijo.

**3. Consentimiento para tratar al paciente por telemedicina**

Autoriza al proveedor de Cook Children's para evaluar y tratar a su hijo por vía de telemedicina.

**4. Reconocimiento de la Divulgación de las Prácticas Financieras y de Privacidad**

Es la confirmación de que han recibido información detallada sobre las pólizas de Cook Children's sobre prácticas de privacidad y responsabilidad financiera.

**5. Folleto de Aviso de la práctica de privacidad**

Folleto detallando las prácticas de privacidad para que los padres/tutores lo guarden.

**6. Autorización para la divulgar/obtener información de salud privada (PHI por sus siglas en inglés) con la clínica de escuela para servicios de telemedicina**

Autoriza el intercambio de cierta información de salud de su hijo entre la enfermera y Cook Children's.

**7. Consentimiento para que un adulto que no es el padre, madre o tutor pueda autorizar los servicios médicos/quirúrgicos y tratamiento**

Autoriza a otros adultos que no son padres con custodia o tutor legal para participar en la toma de decisiones para el cuidado de su hijo (es decir, abuelo, padrastro, madrastra, niñera, etc.).

**8. Información del paciente y formulario de historia médica**

Historia clínica e información general de la salud sobre su hijo que el proveedor de Cook Children's hará referencia durante la visita de su hijo.

**9. Fotocopia de la tarjeta de seguro y licencia de manejo o identificación de los padres**

Dichas copias se mantendrán en el expediente médico de su hijo como referencia cuando sea necesario.

## Formulario de Inscripción/Registro

Fecha en que se llenó: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

Idioma principal preferido Raza Número de seguro social

Dirección Ciudad Estado Apartado postal

Grado del estudiante Distrito Escolar Nombre de la Escuela

Nombre de la farmacia preferida Número de teléfono

### INFORMACION DEL PADRE/MADRE/GARANTE

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial

Dirección Ciudad Estado Apartado postal

Parentesco al paciente Fecha de nacimiento Número de seguro social

Número de teléfono Correo electrónico (requerido para el registro del portal de la salud)

### INFORMACION DEL CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial

Parentesco al paciente Número de teléfono

### INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

Nombre de la compañía de seguro médico Número de póliza Número de grupo

Nombre del titular de la póliza Parentesco al paciente Empleador

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

**COOK CHILDREN'S HEALTH CARE SYSTEM  
CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

**CONSENTIMIENTO MEDICO, DENTAL Y QUIRURGICO:** Al firmar este formulario, yo consiento a cualquier examen, radiografía, procedimientos de laboratorio, pruebas, medicamentos, tratamiento médico, tratamiento dental, fotografías, videos y a otros servicios determinados recomendables para el paciente por el doctor que lo atiende u otros proveedores de atención médica. Los otros proveedores de atención médica pueden incluir otros doctores consultantes o tratantes, dentistas, sus asociados, asistentes técnicos, enfermeros y otro personal del hospital.

Este consentimiento se aplica durante la evaluación, diagnóstico y tratamiento del paciente que está siendo atendido por Cook Children's Health Care System y sus compañías afiliadas (también conocido como "CCHCS"). Las compañías de CCHCS incluyen: Cook Children's Medical Center ("CCMC"- Centro Médico), Cook Children's Physician Network (Red de Doctores), y Cook Children's Home Health (Cuidado Casero).

También doy mi consentimiento para permitir que los estudiantes (como médicos en práctica posgraduados, residentes médicos, estudiantes médicos, enfermeros estudiantes y otros individuos autorizados que están matriculados en programas de formación profesional) y doctores bajo entrenamiento para que observen o participen en la atención proveída a como los doctores, o dentistas atendientes crean apropiado y como lo permita la póliza de CCHCS.

Entiendo que nadie puede garantizar los resultados de cualquier tratamiento de la salud. Estoy de acuerdo que cualquier tejido o parte del cuerpo retirado del paciente se mantendrá y será eliminado por CCHCS de acuerdo con sus pólizas.

**DOCTORES, DENTISTAS Y CONTRATISTAS INDEPENDIENTES:** Cada paciente dentro de CCHCS está bajo el cuidado de un doctor y/o dentista. Los doctores y dentistas no siempre son empleados de CCHCS. Algunos doctores o dentistas pueden ser contratistas independientes. Todos los doctores y dentistas asumen la responsabilidad de la atención médica o dental que proporcionan.

**EXPOSICION ACCIDENTAL DEL TRABAJADOR DE ATENCION MEDICA:** Entiendo que la ley de Texas declara que si cualquier trabajador de atención médica es expuesto a la sangre u otro líquido corporal de un paciente, entonces CCHCS puede hacerle pruebas de VIH (el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida) a la sangre o líquido corporal del paciente. También doy consentimiento para hacer pruebas para otras enfermedades incluyendo hepatitis, sífilis y otras. Entiendo que estas pruebas son necesarias para proteger a los trabajadores de atención médica quienes atienden a los pacientes de CCHCS.

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:** Si yo o mi hijo es admitido a CCMC, se me dará información por escrito sobre los derechos y responsabilidades del paciente. Esta información me dice como registrar una queja o agravio si tengo un problema con la atención que el paciente recibe durante la hospitalización.

**DINERO Y OBJETOS PERSONALES DE VALOR:** CCHCS mantiene una caja fuerte donde puede guardar dinero y objetos de valor. Entiendo que CCHCS no será responsable por dinero o propiedad personal perdida o dañada a menos que esas cosas sean traídas a la caja fuerte de CCHCS y dejadas allí. Me darán un recibo por escrito por las cosas. Entiendo que debo tener el recibo conmigo para volver a obtener las cosas de la caja fuerte.

**LA PERSONA QUE FIRMA ESTE CONSENTIMIENTO CERTIFICA QUE: 1) EL/ELLA ES EL PACIENTE, PADRE DEL PACIENTE, O REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO DEL PACIENTE; 2) HA LEIDO (O SE LE HA LEIDO) ESTE FORMULARIO Y ENTIENDE LO QUE DICE; Y 3) ESTA DE ACUERDO CON LOS TERMINOS DE ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO.**

Nombre impreso del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente/Padre/Madre/Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Fecha/Hora: \_\_\_\_\_

Parentesco al paciente: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha/Hora: \_\_\_\_\_

PRINT OR IMPRINT PATIENT INFORMATION



CADMIT



801 Seventh Avenue  
Fort Worth, Texas 76104-2796

## RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DE TELEMEDICINA

**Consentimiento:** Voluntariamente solicito al doctor Cook Children's Physician Network y asociados, asistentes técnicos y otros proveedores de cuidado que se consideren necesarios ("Proveedores de Telemedicina") a participar en mi atención médica a través de telemedicina y del software de comunicación remota que estén relacionados, a los artefactos y tecnologías necesarias. Entiendo que la telemedicina incluye audición interactiva, video u otros medios electrónicos.

Entiendo que los Proveedores de Telemedicina estarán a veces en una ubicación remota/lejana mientras proporcionan los servicios de salud para mí, pero sus conocimientos técnicos y la disponibilidad por vía tecnológica tiene el potencial de mejorar la calidad de los servicios de salud que pueda yo recibir, si se utiliza adecuadamente y cuando sea médicamente necesario.

Reconozco que es mi responsabilidad informar sobre mi historial médico, estado y cuidado de forma completa y exacta de la mejor manera posible dentro de mi capacidad. Es también mi responsabilidad el cumplir con las instrucciones que recibo de los proveedores de atención médica y de informar desviaciones/cambios de dichas instrucciones a mis proveedores de atención médica de manera oportuna. Doy mi consentimiento y autorizo a los Proveedores de Telemedicina a la grabación de audio, grabación de vídeo y/o a fotografiar la visita según sea necesario para proporcionar servicios de salud de calidad, mediante dicha tecnología. Entiendo que todos los registros, vídeos y/o imágenes serán parte de mi expediente médico.

Entiendo que el uso de tecnología para el diagnóstico o el tratamiento de mi condición de salud implican ciertos riesgos, incluyendo pero no limitado a los siguientes que pueden suceder en raras ocasiones:

- La información puede ser distorsionada o insuficiente para permitir decisiones médicas adecuadas;
- Puede haber retrasos imprevistos en diagnósticos o tratamientos, por fallas de equipo o fallas en la tecnología o deficiencias;
- Problemas con los Proveedores de Telemedicina al acceder mi expediente médico completo pudiendo resultar en interacciones de medicamentos adversos, reacciones alérgicas u otros errores en la decisión médica; y
- El uso de la tecnología para almacenar y transmitir mis expedientes médicos presenta oportunidades adicionales para que alguien incumpla/quiebre los protocolos de seguridad y privacidad que mis Proveedores de Telemedicina tienen previstos para proteger mi información confidencial.

Entiendo que durante un encuentro de telemedicina puede determinarse por los Proveedores de Telemedicina que la telemedicina no es el método apropiado en una circunstancia específica. Si esto ocurre, el Proveedor de Telemedicina terminará el encuentro de telemedicina y aconsejara sobre dónde y cómo puedo recibir servicios de atención médica continua en vista y ocasión de las circunstancias. Entiendo que, en el caso de cualquier falla tecnológica o fallas del equipo durante un encuentro de telemedicina debo de llamar al siguiente número [682-885-4000] para recibir instrucciones sobre la reprogramación de la cita de telemedicina o instrucciones sobre cómo y dónde puedo recibir servicios de atención médica continua apropiados para mi condición.

Al final de cada encuentro de telemedicina, entiendo que mi Proveedor de Telemedicina me dará la información de contacto para el proveedor que estará disponible para proporcionarme atención médica y de seguimiento en caso de que tenga yo reacciones adversas o inesperadas a las recomendaciones de tratamiento de telemedicina. Entiendo que tengo el derecho a retirar/rescindir este consentimiento para el uso de la telemedicina en cualquier momento, sin afectar mi derecho a cuidado o tratamiento futuro.

Certifico que este formulario me ha sido explicado completamente, que lo he leído o me lo han leído, y que entiendo su contenido.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Firma del firma del testigo o traductor

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra molde del paciente/padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra molde del testigo o traductor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

\_\_\_\_\_  
Español / Spanish  
Idioma

**COOK CHILDREN'S HEALTH CARE SYSTEM  
RECONOCIMIENTO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD E INFORMACION FINANCIERA**

Comprendo que tengo el derecho de restringir la manera en que Cook Children's Health Care System y sus compañías afiliadas (en adelante denominados conjuntamente CCHCS) utilizan o divulgan mi información de salud (según se define a continuación) para llevar adelante operaciones de pago, tratamiento o atención médica. Puedo intentar limitar estos usos o divulgaciones al establecer mis restricciones por escrito; sin embargo, entiendo que la ley federal autoriza a CCHCS a negarse a cumplir con tales restricciones y que las restricciones respecto del uso de la información de salud en el caso de operaciones de pago, tratamiento o atención médica pueden impedir que yo reciba servicios médicos en CCHCS.

**DIVULGACION DE INFORMACION:** Doy mi consentimiento y autorización para que CCHCS y cualquier practicante que brinde servicios y productos médicos al paciente divulguen la información contenida en registros financieros o médicos, incluida aquella relativa al diagnóstico y tratamiento brindado en CCHCS o brindado por cualquier practicante que proporcione servicios y productos al paciente, incluyendo pero no limitado a, información relacionada con enfermedades contagiosas, como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), hepatitis A, B y C, abuso de drogas/alcohol así como su tratamiento, registros de diagnósticos y tratamientos psiquiátricos y/o resultados de análisis de laboratorio, antecedentes médicos, evolución de tratamientos, y/u otra información relacionada (denominada conjuntamente "información de salud") con los fines de operaciones de pago, tratamiento o atención médica a las siguientes personas u organizaciones:

1. Una compañía de seguros, un plan de salud o de financiamiento propio, sus agentes, representantes, abogados o contratistas independientes, Medicare, Medicaid, o cualquier otra persona o entidad que pudiese ser responsable de pagar o procesar el pago o cualquier parte de mi cuenta de CCHCS, o que lleve a cabo la administración o revisión de la utilización de servicios, así como auditorías financieras y médicas;
2. Cualquier persona o entidad afiliada a CCHCS o que represente a esta institución y cualquier practicante que brinde servicios y servicios médicos a los pacientes con el fin de las operaciones de pago, tratamiento y atención médica;
3. Cualquier otro hospital, centro de reposo u otras instituciones de atención médica a donde se traslade al paciente;
4. Médico de cabecera o familia, tratante, de consulta o que deriva al paciente para hacer un seguimiento, proporcionar información del médico o brindar atención continua, e incluso una compañía de atención domiciliaria potencial o actual, personal del centro de atención al cual se hace la derivación o CCHCS.

Asimismo, entiendo que los posibles usos y divulgaciones de mi información de salud se especifican en el Aviso de Privacidad, del cual se me ha entregado una copia. He leído o leeré el Aviso de Privacidad y le haré preguntas a CCHCS en caso de tener dudas sobre la información contenida en dicho aviso. Acepto los usos y las divulgaciones de mi información de salud o la de mi hijo que se describen en el Aviso de Privacidad. Además, comprendo que CCHCS puede modificar el Aviso de Privacidad periódicamente y que puedo obtener el Aviso de Privacidad modificado en cualquier momento comunicándome con el personal administrativo o de registro de CCHCS, o puedo obtener una versión actualizada en [www.cookchildrens.org](http://www.cookchildrens.org).

Doy mi permiso para que la información de salud se divulgue mediante envío por correo postal de EE. UU., por fax o por otros medios electrónicos. Puedo revocar el presente consentimiento para la divulgación de información de salud por escrito en cualquier momento, a menos que ya se haya actuado basándose en este. En dicho caso, podré revocar el consentimiento para futuras comunicaciones.

Doy mi permiso para que CCHCS y sus agentes, empleados y representantes utilicen la información de contacto, incluyendo números de teléfono celular, que he proporcionado para ponerse en contacto conmigo para el pago (incluyendo, pero no limitado a, llamadas automáticas o pregrabadas de cobro), tratamiento o cualquier otro fin de atención médica.

**PARA PACIENTES CON MEDICARE/TRICARE SOLAMENTE:** Reconozco que he recibido el material escrito cuyo título es "Un mensaje importante para pacientes con Medicare/Tricare".

**ACUERDO FINANCIERO/CESSION DE BENEFICIOS Y DERECHOS:** Por el presente cedo, transfiero y otorgo de manera irrevocable a CCHCS y a cualquier profesional que nos brinde atención y tratamiento a mí o a mi hijo todos los beneficios, así como los derechos y las pretensiones legales (que incluyen motivos de acciones judiciales, el derecho de exigir pagos y el de apelar una decisión adversa con respecto a beneficios), a los cuales tenga derecho a través de un plan de beneficios de asistencia social para los empleados patrocinado por mi empleador, pólizas de seguro, beneficios, reembolso de terceros o plan de atención médica prepago por los servicios o productos que reciba de CCHCS. Acepto ayudar a CCHCS a procesar las reclamaciones de dichos beneficios, que incluye proporcionar toda la información necesaria a CCHCS o al pagador de forma oportuna. Si mi tratamiento o el de mi hijo se originaron en hechos que derivan en una acción judicial, cedo a CCHCS toda pretensión relacionada con las reclamaciones que yo o mi hijo pudiésemos tener como resultado de los servicios que CCHCS nos brinde o en relación con ellos. Comprendo que los cargos de CCHCS por los servicios brindados o los productos recibidos se establecen en aranceles de CCHCS y, por medio del presente, me comprometo a pagar todos los cargos facturados por todos los servicios que nos hayan brindado a mí o a mi hijo menos cualquier descuento contractual que corresponda. En los casos en los que no se aplique ninguna póliza de seguro o mi compañía de seguro considere que los servicios se brindan fuera de la red de CCHCS, comprendo que puedo ser responsable de todos los cargos facturados. Comprendo que soy responsable de todos los copagos y deducibles del seguro de salud y de cualquier otro monto que me corresponda pagar según lo permita la ley o un contrato. La atención médica caritativa puede estar disponible si se cumplen los criterios de elegibilidad CCHCS.

**DESIGNACION DE UN REPRESENTANTE AUTORIZADO:** Designo a CCHCS (incluidos sus agentes) como mi representante autorizado, a quien autorizo a actuar en mi nombre para (1) solicitar y recibir una copia de la descripción del resumen del plan; (2) llevar adelante la reclamación de un beneficio; (3) apelar una decisión adversa con respecto a algún beneficio; y/o (4) presentar una acción judicial / de equidad para obtener el pago de beneficios de mi plan de asistencia social como empleado, póliza de seguro, plan de reembolso de terceros o plan de atención médica prepago. Comprendo y acepto que mi representante autorizado tendrá facultades plenas para actuar y recibir notificaciones en mi nombre con respecto a la decisión inicial sobre una reclamación de beneficios de salud relacionados con tratamientos y servicios de atención médica que yo o mi hijo recibamos en CCHCS, así como las solicitudes de documentos relacionados con tal reclamación y la apelación de una decisión adversa respecto de la reclamación. El presente documento tendrá vigencia hasta que yo entregue una revocación por escrito a CCHCS.

**PARA PACIENTES CON MEDICAID SOLAMENTE:** Entiendo que el monto adeudado a CCHCS por los servicios cubiertos se pagará con las sumas pagadas por Medicaid por tales servicios y que CCHCS no me facturará ningún saldo por los servicios cubiertos por Medicaid. Asimismo comprendo que los servicios o artículos que solicite que se me provean pueden no estar cubiertos dentro del Programa de Asistencia Médica de Texas dentro de la categoría de servicios o productos razonables y médicamente necesarios para mi atención médica o la de mi hijo. Entiendo que la Comisión de Servicios Humanos y Salud de Texas o el agente de seguro de salud que esta tenga determinan la necesidad médica de los servicios o artículos que se reciben. Asimismo comprendo que soy responsable del pago de los servicios o artículos que recibo en caso de que se determine que no son razonables ni médicamente necesarios para mi atención médica o la de mi hijo. En caso de ser paciente con Medicaid STAR, reconozco que tal vez no se apliquen algunas de estas disposiciones.

Por el presente certifico y declaro que tengo la facultad legal para hacer la cesión de beneficios y designación de un representante autorizado según se mencionó anteriormente y en caso de no ser la madre o el padre del niño que recibe tratamiento, proporcionaré la documentación legal correspondiente que acredite tal facultad (por ejemplo, tutor legal, apoderado, orden judicial) ha petición.

HE LEÍDO Y ENTIENDO LA INFORMACION PRECEDENTE, Y HE RECIBIDO UNA COPIA DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE CCHCS.

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

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

Firma del paciente si es adulto, o del padre, madre o representante legalmente autorizado del paciente \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

Momento de la firma: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ a. m./p. m.



801 Seventh Avenue  
Fort Worth, TX 76104  
682-885-4000



# Aviso de prácticas de privacidad

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ELLA. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

### Quiénes deberán acatar este aviso

Este aviso describe las prácticas de Cook Children's y las de las siguientes entidades:

- Cualquier profesional de atención médica autorizado para ingresar información en su expediente médico;
- Todos los voluntarios autorizados a brindarle ayuda mientras esté bajo nuestros cuidados; y
- Todos los empleado, el personal y otros miembros del personal de Cook Children's.

Las siguientes entidades pertenecientes a Cook Children's Health Care System seguirán estas prácticas:

- W.I. Cook Foundation dba Cook Children's Health Foundation;
- Cook Children's Medical Center;
- Cook Children's Health Care System;
- Cook Children's Physician Network;
- Cook Children's Northeast Hospital;
- Cook Children's Pediatric Surgery Center; y
- Cook Children's Home Health

Estas entidades, sitios y ubicaciones respetan los términos de este aviso y pueden compartir la información médica protegida entre sí para fines de tratamiento, pagos u operaciones descritos en este aviso.

En este aviso, el término "usted" se refiere tanto a usted como a su hijo.

## Sus derechos

**En lo que respecta a su información médica, usted tiene ciertos derechos.** En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

### Obtener una copia en formato electrónico o impreso de su expediente médico

- Puede solicitar ver o obtener una copia en formato electrónico o impreso de su expediente médico y demás información médica. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente en el plazo de 30 días posteriores a su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable basada en los costos.

### Pedirnos que corrijamos su expediente médico

- Puede pedirnos que corrijamos la información médica que considera incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos rechazar su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito en el plazo de 60 días.

### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitar que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, a su teléfono particular o de la oficina) o que le enviemos la correspondencia a otra dirección.
- Aceptaremos todas las solicitudes razonables.

## Sus derechos – continuación

### Pedirnos que limitemos información que usamos divulgamos

- Puede **que no** usemos ni divulguemos determinada información pedimos médica para fines de tratamiento, pagos u operaciones nuestras. No tenemos la obligación de aceptar su solicitud y podemos rechazarla en el caso de que afecte el cuidado que recibe.
- Si se hace cargo de la totalidad del costo de un servicio o artículo de atención médica, puede pedimos que no divulguemos esta información para fines de pagos u operaciones nuestras con su compañía de seguro médico. Aceptaremos, a menos que la ley nos exija que divulguemos dicha información.

### Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido su información

- Puede solicitar una lista (informe) que incluya las veces que divulgamos su información médica durante seis años anteriores a la fecha de su solicitud, la entidad a la cual la divulgamos y el motivo.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas realizadas para fines de tratamiento, pagos, operaciones de atención médica y otras divulgaciones (por ejemplo, las que nos pidió que hiciéramos). Le proporcionaremos un informe por año en forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si solicita otro en el lapso de 12 meses.

### Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aun si ha acordado recibir el aviso en formato electrónico. Le proporcionaremos una copia impresa de inmediato.

### Elegir a una persona que actúe por usted

- Si le ha concedido a una persona poder legal para cuestiones médicas o si una persona es su tutor legal, esta persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de que tomemos alguna medida.

### Presentar un reclamo si cree que sus derechos han sido violados

- Usted puede presentar una queja si usted siente que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros usando la información de contacto de la última página.
- Puede presentar una queja a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando [hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](https://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

## Sus opciones

**Para determinada información médica, puede informarnos sus elecciones acerca de lo que divulgamos.** Si tiene una preferencia clara en lo que respecta a cómo divulgamos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos qué desea que hagamos y cumpliremos con sus instrucciones.

### En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que hagmos lo siguiente:

- Compartir información con su familia, sus amigos cercanos u otras personas que participen en su cuidado.
- Compartir información en una situación de socorro en caso de desastre.
- Incluir su información en un directorio de hospital.

*Si no puede indicarnos su preferencia (por ejemplo, si está inconsciente) podemos proceder a divulgar su información si creemos que es lo más conveniente para usted. Es posible que también divulguemos su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*

### En los siguientes casos, nunca divulgamos su información, a menos que usted nos proporcione una autorización por escrito:

- Fines de marketing.
- Venta de su información.
- La mayoría de las divulgaciones de notas de psicoterapia.

### En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos ponernos en contacto con usted para las iniciativas de recaudación de fondos, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

## Nuestros usos y divulgaciones

**¿De qué manera usamos o divulgamos su información médica generalmente?** Por lo general, usamos o divulgamos su información médica de las siguientes maneras.

<b>Tratamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que estén a cargo de su tratamiento.</li></ul>	<i><b>Ejemplo:</b> Un médico que lo está tratando por una lesión le pregunta a otro médico por su estado de salud general.</i>
<b>Operación de nuestra organización</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Podemos usar y divulgar su información médica para hacer nuestro trabajo, mejorar su cuidado y contactarlo cuando sea necesario.</li></ul>	<i><b>Ejemplo:</b> Usamos su información médica para administrar su tratamiento y los servicios.</i>
<b>Factura por los servicios brindados</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Podemos usar y divulgar su información médica para facturar y obtener el pago de los planes de salud u otras entidades.</li></ul>	<i><b>Ejemplo:</b> Proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague los servicios que recibió.</i>

Es posible que recurramos a los socios comerciales externos para llevar a cabo estas funciones. A fin de preservar su información médica protegida, Cook Children's tiene acuerdos con estos terceros que le exigen proteger su información de manera adecuada.

**¿De qué otra manera podemos usar o divulgar su información médica?** Tenemos permitido, o bien, se nos exige que divulguemos su información de otras maneras, por lo general, de maneras que contribuyen al bienestar público, como la salud pública y las investigaciones. Debemos cumplir con muchas condiciones de la ley para que podamos divulgar su información para estos fines. Si desea obtener más información, visite: [hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](https://hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

<b>Ayudar en caso de problemas de seguridad y salud pública</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Podemos divulgar su información médica ante determinadas situaciones, por ejemplo para lo siguiente:<ul style="list-style-type: none"><li>Prevenir enfermedades.</li><li>Colaborar con los retiros de productos del mercado.</li><li>Informar sobre reacciones adversas a los medicamentos.</li><li>Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica.</li><li>Evitar o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de una persona.</li></ul></li></ul>
<b>Investigar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Podemos usar o divulgar su información para investigaciones médicas.</li></ul>
<b>Cumplir con la ley</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Divulgaremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo exigen, incluso al Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea confirmar que cumplimos con la ley federal de privacidad.</li></ul>
<b>Responder a solicitudes de donación órgano y tejido</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Podemos divulgar su información médica a las organizaciones de obtención de órganos.</li></ul>
<b>Trabajar con un médico forense o director de funeraria</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Podemos divulgar su información médica a un juez de instrucción, médico forense o director de funeraria cuando una persona fallece.</li></ul>
<b>Abordar las solicitudes de indemnización por accidentes o enfermedades laborales, cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Podemos usar o divulgar su información médica:<ul style="list-style-type: none"><li>Para los reclamos de indemnización por accidentes o enfermedades laborales.</li><li>Para fines de cumplimiento de la ley o en virtud de un agente de policía.</li><li>A las agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por ley.</li><li>Para funciones especiales del gobierno, como servicio militar, servicios de seguridad nacional y de protección presidencial.</li></ul></li></ul>
<b>Responder a las demandas y las acciones legales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Podemos divulgar su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o a una citación judicial.</li></ul>

## Nuestras responsabilidades

---

- La ley nos exige mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber afectado la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos respetar las prácticas de privacidad y las obligaciones descritas en este aviso, y proporcionarle una copia.
- No usaremos ni divulgaremos su información de una manera diferente a la descrita aquí, a menos que nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, visite: [hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](https://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

## Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El aviso nuevo estará disponible si lo solicita en nuestra oficina y nuestro sitio web.

## Información de contacto

---

**Cook Children's**  
801 7th Ave.  
Fort Worth, TX 76104

**Sitio web:** [cookchildrens.org](http://cookchildrens.org)

**Oficial de privacidad**  
**Teléfono:** 682-885-1358  
**Correo electrónico:** [privacyofficer@cookchildrens.org](mailto:privacyofficer@cookchildrens.org)

**Fecha de vigencia:** 1ro de diciembre, 2014



## Autorización para divulgar/obtener Información Médica Protegida (“PHI”) para servicios de telemedicina que se brindan en la escuela

Este formulario, una vez firmado, autorizará a Cook Children's Health Care System (“CCHCS”) o sus filiales (“Cook Children’s”) a usar y divulgar determinada información médica sobre la persona que se menciona a continuación. Se deben completar todos los puntos y la autorización debe estar firmada y fechada por una persona autorizada para que tenga validez. Entiendo que esta autorización es voluntaria; puedo rehusarme a firmarla y entiendo que Cook Children’s no puede negarse a brindarme tratamiento por el hecho de rehusarme a firmarla.

1. **Autorizo a la Red de Médicos de Cook Children’s y al personal de enfermería de la escuela a divulgar u obtener información médica, según se describe a continuación, de los archivos médicos o escolares de:**

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

2. **La información especificada a continuación puede obtenerla o divulgarse a:**

Red de Médicos de Cook Children’s, incluidos sus médicos y otros proveedores de atención médica (“CCPN”)
801 Seventh Avenue
Fort Worth, Texas 76104
(682) 885-6800

Lingleville ISD, Distrito Escolar Independiente, incluidos el personal de enfermería de la escuela y otros empleados que faciliten los servicios de telemedicina (“personal de enfermería de la escuela”)
21261 N. Farm Road 219 Domicilio
Lingleville TX 76461 Ciudad, estado, código postal
(254) 968-2596 Número de teléfono

3. **El propósito específico de esta divulgación es el siguiente:** Permitir el intercambio de información entre el personal de enfermería de la escuela y los proveedores de CCPN relacionada con los servicios de telemedicina que se brindan en la escuela.

4. **Debe seleccionar una opción:**  Deseo  No deseo que la información especificada que se divulgue incluya antecedentes, diagnóstico o tratamiento para: pruebas de VIH/SIDA, enfermedades contagiosas, abuso de drogas/alcohol, enfermedad de salud mental.

5. **La información que se divulgará o se obtendrá incluye lo siguiente:** Cualquier antecedente médico relevante disponible a través de la escuela y un registro de la visita de telemedicina, incluyendo los resultados del examen, cualquier medicamento recetado proporcionado y cualquier instrucción de seguimiento. Además, autorizo cualquier comunicación verbal entre el personal de enfermería de la escuela y la Red de Médicos de Cook Children’s, sus médicos y otros proveedores de atención médica.

6. **Entiendo y reconozco las siguientes declaraciones:** Se me puede pedir que muestre pruebas de la autoridad que tengo para firmar una autorización para ser revisada, recibir o divulgar a otra persona las copias de los expedientes médicos del paciente mencionado anteriormente que estoy solicitando. A fin de inspeccionar o recibir una copia de los expedientes médicos para uso propio, debo completar y firmar este formulario de autorización. Si lo solicito, puedo inspeccionar la información médica que se divulgue a otra persona después de firmar este formulario. A menos que lo exija o lo permita la ley, la información médica no se divulgará a otra persona si, después de inspeccionar la información médica, revoco esta autorización antes de divulgar la información médica. Una vez que se haya divulgado la información médica indicada anteriormente, quien la reciba podrá volver a divulgarla y tal vez deje de estar protegida por las leyes o reglamentaciones federales de privacidad. Un facsímil o una fotocopia de la presente autorización tendrán la misma validez que el documento original. Se me cobrará un arancel por las copias de mis expedientes médicos o los de mi hijo que solicite para uso propio o de terceros. *Los aranceles de las copias deben pagarse antes de que se entreguen.* Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a Cook Children’s dirigida a: Cook Children's Health Care System, Health Information Management Department (Departamento de Gestión de Información de Salud de Cook Children's Health Care System), para informar mi intención de revocar la presente autorización, con la salvedad de que en caso de hacerlo, tal revocación no tendrá ningún efecto sobre los actos realizados por Cook Children’s antes de la revocación. A menos que se revoque por escrito, esta autorización tiene validez hasta la siguiente fecha específica (opcional): Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_, Año \_\_\_\_\_ o si no se indica ninguna fecha, hasta que el paciente cumpla 18 años de edad.

7. \_\_\_\_\_
FECHA Firma del paciente/padre o madre/representante legalmente autorizado Relación con el paciente

8. \_\_\_\_\_
Nombre en letra de imprenta del padre/madre o representante legalmente autorizado Número de identificación del paciente (Para uso exclusivo de la oficina)

(NOTA: Se deben llenar todos los puntos de esta autorización para que el documento sea válido y pueda firmarse).



CONSENT





**Sin Parentesco y Consentimiento para  
Cuidado Tratamiento Medico/Quirurgico**

Yo, \_\_\_\_\_ padre/tutor legal del(os) niño(s) nombrados posteriormente doy mi consentimiento y autorización a la(s) persona(s) nombrado(s) que consientan para el cuidado y tratamiento médico/quirúrgico de mi(s) hijo(s). Yo autorizo que la(s) persona(s) aquí nombrada(s) tiene(n) permiso de los padres naturales de firmar cualquier tratamiento médico/quirúrgico necesario para el bienestar de mi(s) hijo(s).

Yo, con este documento, tengo la autorización y consentimiento para todo cuidado médico/quirúrgico de el(los) niño(s) aquí nombrados.

Firma del paciente, o el representante del paciente legalmente autorizado	Relación al paciente	Fecha
---	----------------------	-------

**Niño(s):**

Nombre	Nombre
Nombre	Nombre
Nombre	Nombre

**Persona(s) autorizada(s):**

Nombre	Relación al paciente
Nombre	Relación al paciente
Nombre	Relación al paciente
Nombre	Relación al paciente

Witness	Date
---------	------

## Historial médico del paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Doctor primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### ALERGIAS MEDICAS

Que usted sepa, ¿su hijo es alérgico a cualquier medicamento? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Si sí, ¿a cuáles medicamentos y qué tipo de reacción ha tenido? \_\_\_\_\_

### HISTORIAL MEDICO (por favor, marque todo lo que se aplique):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas en el periodo de recién nacido                                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado                      |
| <input type="checkbox"/> Pasó la noche en el hospital  | <input type="checkbox"/> Intolerancia a la leche o comida           |
| <input type="checkbox"/> Cualquier tipo de cirugía   | <input type="checkbox"/> Diarrea frecuente                          |
| <input type="checkbox"/> Un accidente o ingestión que requirió una visita a la Sala de Emergencias | <input type="checkbox"/> Estreñimiento frecuente                    |
| <input type="checkbox"/> Hueso quebrado  | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal frecuente                  |
| <input type="checkbox"/> Una quemadura severa  | <input type="checkbox"/> Infección de la vía urinaria               |
| <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes del oído   | <input type="checkbox"/> Otra enfermedad de los riñones             |
| <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes de los senos nasales                               | <input type="checkbox"/> Anemia                                     |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta frecuente   | <input type="checkbox"/> Otra enfermedad de la sangre               |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza severos   | <input type="checkbox"/> Convulsiones o ataques                     |
| <input type="checkbox"/> Problemas para dormir   | <input type="checkbox"/> Lastimadura a la cabeza/conmoción cerebral |
| <input type="checkbox"/> Problemas con la audición   | <input type="checkbox"/> Otra enfermedad neurológica                |
| <input type="checkbox"/> Problemas con la visión   | <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos o emocionales      |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel   | <input type="checkbox"/> Problemas del comportamiento               |
| <input type="checkbox"/> Alergias respiratorias  | <input type="checkbox"/> Cáncer o tumor                             |
| <input type="checkbox"/> Asma  | <input type="checkbox"/> Enfermedad metabólica                      |
| <input type="checkbox"/> Neumonía  | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hueso o coyuntura           |
| <input type="checkbox"/> Otra enfermedad de los pulmones   | <input type="checkbox"/> Enfermedad del sistema inmunológico        |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca   | <input type="checkbox"/> Enfermedad genética                        |
| <input type="checkbox"/> Vómito o escupir excesivo   | <input type="checkbox"/> Varicela; fecha: _____                     |
| <input type="checkbox"/> Problemas digestivos  | <input type="checkbox"/> Otras enfermedades serias                  |

Por favor, díganos sobre las condiciones médicas marcadas arriba o sobre cualquier otra preocupación que usted tenga sobre la salud de su hijo:

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

Firma del padre/madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_