



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 miembro del personal con un médico, un asociado médico o una enfermera facultativa de Ballad Health Medical Associates Urgent Care externo. 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 la afección médica 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, asociados 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 resfriado/gripe (tos, secreción nasal/congestión nasal, etc.)

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

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

¿Qué sucede después de una cita de telemedicina?

Nuestros proveedores harán un seguimiento con los padres o tutores después de la cita. 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 cita 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 cita 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 afección 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 cita de salud virtual?

Mandaremos una factura a su seguro, y si su hijo/a no tiene seguro, ofrecemos una tarifa fija de \$55 por cita. 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 estreptococo tienen un costo adicional. Los pacientes que pagan por sí mismos pueden esperar recibir los siguientes precios para las pruebas de laboratorio (gripe: \$ 12.60, estreptococo: \$ 6.30 y COVID: \$ 6.30).

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 niño/a 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 y antecedentes) en su paquete de vuelta a la escuela, o comuníquese con la enfermera de su escuela. Incluya una copia de la tarjeta del seguro (frente y reverso).

Consentimiento para telemedicina en la escuela

Ballad Health Medical Associates se ha asociado con su escuela para desarrollar un programa colaborativo de telemedicina en la escuela. Nuestro objetivo es brindar atención médica de calidad al personal y a los estudiantes en la comodidad del entorno escolar. Aspiramos a influir de manera positiva en la salud, la asistencia a la escuela y el rendimiento académico de los estudiantes. Para más información, consulte nuestras “Preguntas frecuentes” o comuníquese con la enfermera de la escuela de su niño/a.

Para que su niño/a reciba servicios de telemedicina en el entorno escolar, usted debe dar su consentimiento a lo siguiente y completar y firmar este formulario donde se indica.

- Doy mi consentimiento para que Ballad Health Medical Associates, su(s) médico(s) y otros proveedores de atención médica (Proveedores) examinen a (nombre del estudiante) _____ y le brinden atención y tratamiento, tales como programación de citas, evaluación, diagnóstico, consulta y tratamiento de la afección médica de mi niño/a, el expedir recetas o pedir pruebas, mediante el uso de tecnología de telecomunicaciones (telemedicina).
- Entiendo que la telemedicina es la prestación de servicios de atención médica mediante sistemas electrónicos audiovisuales interactivos en los que el Proveedor de atención médica o el personal de salud y el/los paciente(s) no están en el mismo lugar físico. La telemedicina incluye la transmisión electrónica de antecedentes médicos, imágenes fotográficas, información personal de salud u otros datos entre un paciente y un Proveedor; las interacciones entre un paciente y el Proveedor a través de audio, vídeo y comunicaciones asíncronas de datos, como la mensajería segura y el correo electrónico; y el uso de datos procedentes de dispositivos de monitoreo a distancia, dispositivos médicos y archivos de sonido o vídeo.
- Comprendo y acepto que corresponde al Proveedor determinar si la afección que diagnostican o tratan es adecuada o no para una consulta de telemedicina.
- Los sistemas electrónicos interactivos utilizados en telemedicina incorporan protocolos de seguridad de red y software, incluida la encriptación para proteger la confidencialidad de la información del paciente y los datos audiovisuales. Estos protocolos incluyen múltiples medidas para salvaguardar los datos y protegerlos contra la corrupción, sea o no intencional.
- Entiendo y acepto que los Proveedores no serán responsables de factores que escapen a su control (como fallas tecnológicas, datos incompletos o inexactos proporcionados por terceros o distorsiones de las imágenes a causa de la transmisión electrónica). Entiendo que se tomarán medidas razonables para proteger la confidencialidad de los datos de los pacientes, pero no puede garantizarse la seguridad de la información electrónica.
- Entiendo que, si mi niño/a necesita servicios de telemedicina, primero se pondrán en contacto conmigo para informarme sobre el proveedor de atención médica y la tecnología que se utilizará, y tendré que brindar mi consentimiento para cada cita. Si no se pueden poner en contacto conmigo a tiempo, entiendo que mi niño/a no recibirá servicios de telemedicina.
- Entiendo que otras personas pueden estar presentes durante la cita para operar el equipo y la tecnología de telemedicina, y doy mi consentimiento y autorizo que se realicen grabaciones de audio y vídeo o fotografías para brindar los servicios de telemedicina a mi niño/a. Estas grabaciones o fotografías pueden pasar a formar parte del expediente médico de mi niño/a.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

- Entiendo que si un proveedor considera que mi niño/a requiere o se beneficiaría de más servicios de atención médica, puede remitirle o recomendarle atención de seguimiento.
- Las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad de la información sobre salud y atención también se aplican a la telemedicina. Para más información sobre cómo se puede utilizar y divulgar su información, consulte el Aviso de prácticas de privacidad de Ballad Health. Al aceptar utilizar los servicios de telemedicina, doy mi consentimiento para que Ballad Health comparta mi información médica protegida con determinados terceros, tal y como se describe con más detalle en el Aviso de prácticas de privacidad. Además, doy mi consentimiento para que otras personas que no sean mi Proveedor puedan estar presentes y tengan acceso a mi información durante la sesión de telemedicina. Entiendo, acepto y consiento expresamente a que Ballad Health obtenga, utilice, almacene y divulgue información sobre mí, incluida mi imagen, a terceros según sea necesario para brindar los servicios de telemedicina.

He leído o me han leído este formulario y comprendo su contenido. Al firmar a continuación, afirmo que:

(1) Estoy de acuerdo con todas las declaraciones anteriores, y (2) autorizo que se brinden servicios de telemedicina a mi niño/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, usted 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.
- Cedó 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

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? Si 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?
 Si 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 alguien de su amistad?
 Si 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? Si 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 o remitidos 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: Si No

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

Información del seguro

¿Está su hijo cubierto por un seguro? Si No

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

Núm. de teléfono principal: _____ 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

Policy holder: 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

