Formulario de Consentimiento de Telesalud Escolar de Norton Healthcare

Al completar este formulario y devolverlo a la escuela de su hijo, usted comprende que el enfermero(a) escolar proporcionará esta información a Norton Healthcare.

Información del Paciente:

- Primer Nombre:_____
- Inicial del Segundo Nombre:_____
- Apellido:_____
- Fecha de Nacimiento:_____
- Género:_____
- Correo Electrónico del Padre/Madre:_____
- Número de Teléfono:_____
- Nombre de la Escuela:_____
- Dirección Particular:_____
- Ciudad:_____
- Estado:_____
- Código Postal:_____

Información del Padre/Tutor:

- Primer Nombre:_____
- Inicial del Segundo Nombre:_____
- Apellido:_____
- Parentesco:_____
- Correo Electrónico del Padre/Madre:_____
- Número de Teléfono:_____

Información de Contacto de Emergencia:

- Primer Nombre:
- Inicial del Segundo Nombre:
- Apellido:
- Parentesco:
- Número de Teléfono:

Información del Proveedor de Atención Primaria y de la Farmacia:

- Nombre del Proveedor de Atención Primaria:_____
- Número de Teléfono:_____
- Nombre de la Farmacia:_____
- **Número de Teléfono:_____**

Información del Seguro Méd

Norton Healthcare facturará a cualquier plan de seguro de terceros utilizando la información proporcionada en este formulario de inscripción para todos los servicios prestados a los estudiantes y al personal. En caso de que el estudiante o el miembro del personal no tenga seguro o pague por cuenta propia, Norton ofrece un programa de asistencia financiera. Acepto la asignación de todos los beneficios de terceros a Norton Healthcare y aceptó pagar a Norton Healthcare por todos los cargos no cubiertos por los terceros pagadores. Acepto que este documento permanecerá en pleno vigor y efecto durante el año escolar 2026-2027, a menos que sea revocado específicamente por mí por escrito. Cualquier suma que no sea pagada por un tercero pagador es mi obligación.

- Nombre del Plan de Seguro:_____
- ID del Miembro:_____
- ID del Grupo:_____
- Nombre del Suscriptor (persona que es responsable de la póliza de seguro):_____
- Fecha de Nacimiento del Suscriptor:_____
- Dirección del Plan de Seguro:_____
- Ciudad:_____
- Estado:_____
- Código Postal:_____

Historial Médico y Quirúrgico: ¿Tiene su hijo alguna de las siguientes condiciones u otros problemas de salud? Marque todas las que correspondan.

Historial Médico

☐ Alergias ☐ Cáncer

☐ Ansiedad/Depresión ☐ Diabetes

☐ Asma ☐ Problemas de Audición/Visión

☐ Trastornos Hemorrágicos ☐ Problemas Estomacales o Intestinales

☐ Problemas Óseos o Articulare ☐ Convulsiones/Accidente Cerebrovascular

☐/Problemas Neurológicos

Otras Condiciones Médicas (por favor explique) y enumere cualquier condición:_____
_____

Si ha marcado **CUALQUIERA** de las condiciones anteriores, por favor explique:_____

Historial Quirúrgico

☐ Apéndice ☐ Extirpación de la Vesícula Biliar

☐ Cirugía Cardíaca ☐ Extirpación de Amígdalas

Otras Cirugías (por favor explique) y enumere cualquier cirugía previa:_____
_____

Si ha marcado CUALQUIERA de las cirugías anteriores, por favor explique:_____
_____

Medicamentos - Por favor, enumere los medicamentos actuales.

1.Nombre del Medicamento:_____ Dosis:_____ ¿Con qué frecuencia se toma?:_____¿ Por qué se toma el medicamento?:_____

2..Nombre del Medicamento:_____ Dosis:_____ ¿Con qué frecuencia se toma?:_____¿ Por qué se toma el medicamento?:_____

Si su hijo toma medicamentos adicionales, por favor adjunte una página separada

Consentimiento para el Tratamiento - por favor seleccione una opción a continuación.

☐ Si el enfermero(a) escolar no puede comunicarse conmigo por teléfono cuando mi hijo esté enfermo, doy mi permiso para que un proveedor de Norton Healthcare examine a mi hijo, lo que incluye pruebas de estreptococo en la garganta/gripe/covid según sea necesario y/o el envío de medicamentos recetados a la farmacia identificada en este formulario.

☐ El enfermero(a) escolar debe comunicarse conmigo por teléfono y recibir mi consentimiento verbal antes de que un proveedor de Norton Healthcare pueda examinar a mi hijo, lo que incluye pruebas de estreptococo en la garganta/gripe/covid según sea necesario y/o el envío de medicamentos a la farmacia identificada en este formulario.

MyNortonChart:

Autorizo a Norton Healthcare a crear una cuenta de **MyNortonChart** para mi hijo y para mí. Esto me permitirá ver un resumen de la visita de mi consulta y enviar mensajes de forma segura al proveedor si tengo preguntas después de mi visita.

Políticas de HIPAA: Reconozco que he revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad (Política HIPAA) que se encuentra en **NortonHealthcare.com**. Acepto que se envíen todos los registros relacionados con esta visita a mi proveedor de atención primaria. Norton Healthcare puede dejar mensajes, analizar el plan de tratamiento y realizar la Divulgación de Información con los Contactos de Emergencia registrados.

Autorización para la Divulgación de Información Médica:Resumen

- **Consiento que mi hijo sea examinado por los Proveedores y enfermeros de Norton Healthcare a través de una visita segura por video cara a cara, que incluye los dispositivos periféricos y las pruebas que se consideren necesarias para el tratamiento de la condición de mi hijo. Entiendo que, en su lugar, podría solicitar una visita en el consultorio con el proveedor.**
- **Reconozco que la información del historial médico y quirúrgico proporcionada sobre mi hijo es exacta y está actualizada. Notificaré al proveedor durante mi visita si esta información ha cambiado.**
- **Reconozco los riesgos, beneficios y alternativas de que mi hijo reciba atención a través de una visita por video y entiendo que si la condición de mi hijo o la tecnología utilizada para la visita por video limitan la capacidad del proveedor para proporcionar un plan de tratamiento, mi hijo será derivado al proveedor adecuado.**
- **Nombre del Padre/Tutor en LETRA DE MOLDE:_____**
- **FIRMA del Padre/Tutor:_____**
- **Fecha:_____**