



Formulario de consentimiento para SchoolMed de Goodside Health 2021-22

¡Goodside Health (“GSH”) se ha asociado con su distrito para brindar servicios de telemedicina a su escuela! A través de nuestra asociación, su hijo(a) puede ser examinado y tratado para estreptococos, gripe y COVID-19, así como dolor de garganta, dolor de cabeza, erupción cutánea, conjuntivitis, malestar estomacal y resfriado común. Goodside Health incluso permite que los estudiantes reciban exámenes de salud mental apropiados para su edad. Nuestros proveedores médicos pueden tratar a todos los estudiantes independientemente de su residencia o estado de seguro, y la mayoría de las visitas se realizan a un costo mínimo o gratuito para las familias y hay servicios de traducción disponibles. Para participar en este programa, complete y envíe este formulario.

Registro del programa

- 1) _____ Para recibir servicios de Goodside Health, por favor firme con sus iniciales para dar su consentimiento para que su hijo(a) participe en el programa de telemedicina y en persona de GSH.
- 2) _____ Acepto los términos y condiciones y reconozco que he recibido el aviso de prácticas de privacidad (<https://goodsidehealth.com/terms-conditions/>) (al optar por no participar, no podemos tratar a su hijo o hija)
- 3) En asociación con su distrito escolar, GSH ofrece servicios adicionales sin costo como exámenes de salud mental. **¿Le gustaría que su hijo tuviera acceso a estos servicios y programas?** Tenga en cuenta que para participar en los servicios opcionales, debe firmar sus iniciales arriba en las preguntas 1 y 2.
Sí / No Detección de salud mental / conductual por parte de un proveedor de atención médica de GSH
Sí / No Consentimiento para compartir la información de los padres / tutores y del estudiante con Vida Clinic, LLC (o socios similares) para los estudiantes que en la evaluación tienen un mayor riesgo de padecer problemas de salud mental / conductual

Información del Estudiante

Nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Grado en curso del estudiante: _____
Distrito: _____ Nombre de la escuela: _____

Médico de atención primaria y farmacia

¿Su hijo tiene un médico de atención primaria? Sí / No

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información para mantener la continuidad de la atención:

Nombre del médico/proveedor de atención primaria: _____

Farmacia de preferencia: _____ Código postal de la farmacia: _____

¿Consentimiento para compartir su historial médico con su doctor de atención primaria? Sí / No

Contacto HIPAA

Nombre del contacto aprobado por HIPAA: _____

Relación con el paciente: _____ Número telefónico: _____

El contacto aprobado por la HIPAA tiene permiso para:

Consentimiento para tratamiento: Sí / No

Información Médica: Sí / No

Datos de facturación: Sí / No

Historial Medico

Medicamentos actuales con prescripción diaria (escriba **NINGUNO** si el paciente no está tomando ningún medicamento):

Alergias conocidas (escribe **NINGUNA** si el paciente no tiene alergias conocidas):

Seguro de paciente

¿Su hijo tiene seguro médico? **Sí / No**

En caso **afirmativo**, ¿qué tipo de seguro?

Medicaid* / **CHIP** / **STAR** / **Seguro privado**** / **Mi hijo/a no tiene seguro de salud**

Información de Medicaid*

Información de seguro privado**

Número de identificación de miembro: _____

Nombre de seguro: _____

Número de la póliza: _____

Consentimiento del padre/tutor

Al diligenciar este formulario, confirmo que deseo que mi hijo participe en el programa de telemedicina del distrito, operado por Pediatric Urgent Care, PA dba Goodside Health (“GSH”) y acepto que tengan acceso a estos servicios médicos en la escuela. Este consentimiento / autorización puede retirarse por escrito en cualquier momento.

Nombre completo del tutor principal: _____

Correo electrónico: _____

Número telefónico: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Relación con el estudiante: _____

Firma del consentimiento para la atención: _____

Fecha: _____