



Saludos,

Nos complace anunciar que Palo Pinto General Hospital y su escuela se están asociando para brindar servicios de telemedicina basados en la escuela para nuestros estudiantes. Tener acceso a un proveedor médico en cualquier momento durante el día escolar es beneficioso para todos. Esta noticia, por muy emocionante que sea, puede plantearles muchas preguntas como padres y tutores. Tenga la seguridad de que haremos todo lo posible para responder a cada una de esas preguntas y aliviar cualquier inquietud que pueda tener.

En primer lugar, usted, como padre / tutor, se unirá a la visita de telemedicina a través de su teléfono celular iPhone / Android, o en persona si lo prefiere. Si por alguna razón no puede estar presente, el permiso seguirá siendo obligatorio para cada visita. La enfermera de la escuela permanecerá con su hijo y ayudará a facilitar la visita a través de equipos de telemedicina especializados.

Una vez que el proveedor haya completado la evaluación de su hijo, decidirá si el niño puede permanecer en la escuela o no o si realmente es necesario que lo envíen a casa. Nuestro objetivo es mantener a nuestros niños frente al maestro en el salón de clases, ya que es allí donde tiene lugar la mejor oportunidad para aprender. Se enviará a casa con su hijo una carta con información sobre cómo acceder al registro de visitas y a quién contactar si hubiera alguna pregunta o inquietud. Además, se enviará una copia del registro de visitas al médico de atención primaria de su hijo.

Se le pedirá que firme los consentimientos para que su hijo participe en las consultas de telemedicina, los consentimientos aplicables para la red de clínicas de PPGH y también que complete un cuestionario de salud para su hijo que el proveedor puede consultar al completar su evaluación. El seguro se archivará y los copagos / coseguros o los saldos se pueden facturar después de la visita. Los pagos se pueden hacer electrónicamente, por teléfono o por correo, y las instrucciones se incluirán con la factura.

Esperamos el próximo año escolar y la oportunidad de brindar servicios de telemedicina a nuestros estudiantes. La salud y el bienestar de nuestros estudiantes son clave para su éxito en la escuela. Juntos podemos lograr ese éxito.

Si tiene más preguntas, no dude en comunicarse con la Coordinadora de telesalud de Palo Pinto Cares for Kids, Stephanie Blue, al 940-328-7588.

Respetuosamente,

Su equipo de atención en el Hospital General Palo Pinto y su escuela

*** Guarde esta copia ***



Permiso para visitas de telesalud basadas en la escuela
Adaptado de AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality

¿Qué es telesalud?

La telesalud es una forma de visitar a los proveedores de atención médica, como su médico o enfermero practicante.

Yo o Tr niño, junto con la enfermera, puede hablar con el proveedor de la escuela, y usted puede unirse al trabajo o a su casa. No vas a una clínica ni a un hospital.

¿Cómo hago uso de telesalud?

- Usted puede hablar con el proveedor por teléfono, computadora, o tablet.
- Y con su voluntad puede utilizar video para que usted y su proveedor puedan verse entre sí.

¿Cómo ayuda a la telehealth?

- Yo o Tr niño no tiene que dejar la escuela para ir a una clínica u hospital a ver a un proveedor.
- Yo o Tr niño no tiene riesgo de enfermarse de otras personas.
- No faltará al trabajo para llevar a su hijo a ver a un proveedor.

¿Hay algún efecto negativo al usar telehealth?

- Usted y su proveedor no van a estar en la misma habitación, por lo que puede sentir diferente de una visita al consultorio.
- Aunque es poco común, su proveedor puede cometer un error porque no puede examinarlo tan de cerca como en una visita al consultorio. (No sabemos si los errores son más comunes con telehealth visitas.)
- Y nuestro proveedor puede decidir que todavía necesita una visita al consultorio.
- Los problemas técnicos pueden interrumpir o detener su visita antes de que termine.

¿La visita de telesalud será privada?

- No registraremos las visitas con su proveedor.
- Si elige unirse a la visita, tenga en cuenta que si hay personas cercanas a usted, es posible que escuchen algo que usted no quería que supieran. Debe estar en un lugar privado, para que otras personas no puedan escucharlo.
- Su médico le dirá si alguien más de su oficina puede escuchar o ver que.
- Usamos tecnología de telesalud que está diseñada para proteger su privacidad.
- Si usa Internet para telesalud, use una red que sea privada y segura.
- Existe una posibilidad muy pequeña de que alguien pueda usar la tecnología para escuchar o ver su visita de telesalud.

¿Cuánto cuesta la telehealth visita costo?

- Lo que paga depende de su seguro.
- Una visita de telesalud no le costará más de una visita al consultorio.
- Si y nuestro proveedor decide que necesita una visita al consultorio, además de su visita de telesalud, que puede tener que pagar por ambas visitas.

¿Qué significa si firma este documento?

Si firma este documento, acepta que:

- Hablamos sobre la información en este documento.
- Respondimos a todas sus preguntas.
(PPGH Coordinadora de Telesalud, 940-328-7588)
- Usted quiere que su niño tenga acceso a la telesalud visitas.
- Si firma este documento, le daremos una copia.



Permiso para visitas de telesalud basadas en la escuela Adapted de AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality

¿Qué es telesalud?

La telesalud es una forma de visitar a los proveedores de atención médica, como su médico o enfermero practicante.

Usted o su niño, junto con la enfermera, puede hablar con el proveedor de la escuela, y usted puede unirse al trabajo o a su casa. No va a una clínica ni a un hospital.

¿Cómo hago uso de telesalud?

- Usted puede hablar con el proveedor por teléfono, computadora, o tablet.
- Usted o su voluntad puede usar tecnología de video para que usted y su proveedor puedan verse entre sí.

¿Cómo ayuda a la telehealth?

- Usted o su niño no tiene que dejar la escuela para ir a una clínica u hospital a ver a un proveedor.
- Usted o su niño no corre riesgo de enfermarse de otras personas.
- No faltará al trabajo para llevar a su hijo a ver a un proveedor.

¿Hay algún efecto negativo al usar telehealth?

- Usted y su proveedor no van a estar en la misma habitación, por lo que usted puede sentir diferente de una visita al consultorio.
- Aunque es poco común, su proveedor puede cometer un error porque no puede examinarlo tan de cerca como en una visita al consultorio. (No sabemos si los errores son más comunes con telehealth visitas.)
- Nuestro proveedor puede decidir que todavía necesita una visita al consultorio.
- Los problemas técnicos pueden interrumpir o detener su visita antes de que termine.

¿La visita de telesalud será privada?

- No registraremos las visitas con su proveedor.
- Si elige unirse a la visita, tenga en cuenta que si hay personas cercanas a usted, es posible que escuchen algo que usted no quería que supieran. Debe estar en un lugar privado, para que otras personas no puedan escucharlo.
- Su médico le dirá si alguien más de su oficina puede escuchar o ver que.
- Usamos tecnología de telesalud que está diseñada para proteger su privacidad.
- Si usa Internet para telesalud, use una red que sea privada y segura.
- Existe una posibilidad muy pequeña de que alguien pueda usar la tecnología para escuchar o ver su visita de telesalud.

¿Cuánto cuesta la telehealth visita costo?

- Lo que paga depende de su seguro.
- Una visita de telesalud no le costará más de una visita al consultorio.
- Si nuestro proveedor decide que necesita una visita al consultorio, además de su visita de telesalud, que puede tener que pagar por ambas visitas.

¿Qué significa si firmo este documento?

Si firma este documento, acepta que:

- Hablamos sobre la información en este documento.
- Respondimos a todas sus preguntas.
- Usted quiere que su niño tenga acceso a la telesalud visita s .
- Si firma este documento, le daremos una copia.

El nombre de su hijo (en letra de imprenta)

Su nombre (en letra de imprenta)

Su firma Fecha



Información del paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____
Dirección: _____ Telefono: _____
Ciudad, estado, código postal: _____ Historial médico: _____
Alergias: _____
Medicamentos que toma actualmente: _____
Nombre de la farmacia, número de teléfono: _____

Información del padre / tutor

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad, estado, código postal: _____
Teléfono durante el día : _____
Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad, estado, código postal: _____
Teléfono durante el día : _____
¿ Presentar por teléfono / en persona para la visita? S / N

Información de la escuela

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad, estado, código postal: _____
Teléfono: _____

Información del médico

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad, estado, código postal: _____
Teléfono: _____ Fax: _____

Información del seguro

Compañía: _____ Suscriptor: _____
Número de póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____
Número de grupo: _____ Número de seguro social: _____

*** Proporcione copias de la tarjeta del seguro y la licencia de conducir de los padres ***



Health Maintenance Organization & MEDICAID

_____ Notificación de la organización de mantenimiento de la salud: la mayoría de las organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) tienen ciertos requisitos que un miembro debe cumplir para tener cobertura de beneficios para la atención de emergencia. Estos pueden incluir, entre otros, cualquiera o todas las siguientes consideraciones: 1) Notificación de un médico de atención primaria y / o 2) Uso de instalaciones y proveedores participantes y / o 3) Tratamiento de una afección considerada de emergencia. naturaleza de acuerdo con la definición de HMO especificada en el acuerdo de beneficios grupales del miembro y / o 4) los servicios requeridos no estaban disponibles en el consultorio del médico de atención primaria y / o los servicios requeridos se indicaron fuera del horario de atención del médico. Es responsabilidad del el paciente / asegurado debe seguir los requisitos de cobertura prescritos para garantizar la cobertura total de beneficios bajo su programa HMO . El no hacerlo puede resultar en una reducción o denegación de la cobertura de beneficios, en cuyo caso la responsabilidad financiera debe ser asumida por el paciente / parte asegurada. CUALQUIER COPAGO APLICABLE SE DEBE EN EL MOMENTO EN QUE SE ENVIARON LOS SERVICIOS. Este aviso se proporciona como un recordatorio para que los pacientes los ayuden en la coordinación con su respectivo pagador HMO. Los servicios de emergencia hospitalarios están disponibles para todos los pacientes que soliciten dicha atención. El hospital no se hace responsable de los requisitos de precertificación asociados con estos servicios.

_____ Reconocimiento de Medicaid: Entiendo que, en opinión de Palo Pinto General Hospital District que opera bajo el nombre de Palo Pinto General Hospital Clinic Network, los servicios o artículos que he solicitado que se me proporcionen pueden no estar cubiertos por la asistencia médica de Texas. programa como razonable o médicamente necesario para mi atención. También entiendo que si el agente de seguros de salud del Departamento de Servicios Humanos de Texas o el agente de seguros de Atención Administrada de Medicaid determina que los servicios o artículos que solicito y recibo no son médicamente necesarios, no son un beneficio, o no se realizan con una autorización previa o con un proveedor de la red, soy responsable del pago de estos servicios o artículos que no están cubiertos. Entiendo que Palo Pinto Hospital General de Distrito me puede facturar por el siguiente: 1) Cualquier servicio que no es un beneficio de cada tratamiento tradicional de Medicaid de Texas o una de las (por ejemplo, artículos de cuidado personal Managed Care Medicaid, medicamentos para llevar a casa, la línea de base estudios, muletas, etc.) 2) Todos los servicios incurridos en días no cubiertos debido a la elegibilidad o limitación por período de enfermedad. La responsabilidad total se determinará revisando la declaración detallada e identificando por fechas, los servicios no cubiertos. 3) La reducción en el pago debido a la reducción de gastos por necesidades médicas. La responsabilidad del destinatario será igual al monto de los cargos totales aplicados a la reducción. 4) Los servicios que se brindan a los beneficiarios de Managed Care Medicaid con los que Palo Pinto General Hospital Clinic Network no tiene contrato. Esto no renuncia a ningún derecho al que pueda tener derecho o según las leyes de los reglamentos de Medicaid.

Relación con el paciente

Firma del paciente o representante Fecha



PALO PINTO GENERAL HOSPITAL
400 SW 25th AVENUE
MINERAL WELLS, TX 76067
(940) 325-7891

Release of Information
Rev. 11/2017
1 of 1

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A TERCER PAGADOR / OTROS ESPECIFICADOS

Nombre del paciente:

Dirección del paciente:

Teléfono:

El abajo firmante autoriza y solicita a PALO PINTO GENERAL HOSPITAL que divulgue y proporcione información a cualquiera o todos los seguros, con acceso a mis registros hospitalarios con el propósito de revisión y examen, y además autoriza y solicita que se divulgue la información y se proporcionen copias según lo solicitado.

Lo anterior está sujeto a las limitaciones que se indican a continuación:

Limitado a los registros relacionados con la admisión y el tratamiento de las siguientes afecciones o lesiones _____.

Cubre los registros por el período de tiempo desde _____ hasta el alta.

* Se pueden publicar todos los registros.

Se pueden divulgar todos los registros, excepto los tratamientos o diagnósticos asociados con:

Atención psiquiátrica

Virus de la inmunodeficiencia humana (SIDA)

Otro: (especificar)

Esta autorización está sujeta a revocación en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basándose en ella .

Renuncio a todas las disposiciones de las leyes estatales y federales relacionadas con la confidencialidad y la naturaleza privilegiada de dicha información y libero a Palo Pinto General Hospital de la responsabilidad que pueda surgir de la divulgación de la información anterior.

Firma Fecha / Hora

Firma del testigo Fecha / hora

Receipt of Notice of Privacy Practices - HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE UNA DESCRIPCIÓN GENERAL DE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISARLO DETENIDAMENTE. UNA COPIA COMPLETA DE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ESTÁ DISPONIBLE BAJO PEDIDO.

Cómo podemos usar y divulgar su información médica. Usamos su información médica para el tratamiento, para que le paguen por el tratamiento, con fines administrativos y para evaluar la calidad de la atención que recibe. Por ejemplo, su información médica puede compartirse con otros proveedores a los que se le deriva. La información se puede compartir por papel, correo, fax, correo electrónico u otros métodos. Podemos divulgar su información médica sin su autorización por varias razones. Pero más allá de esas situaciones, le pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información médica . Si firma una autorización para divulgar información, puede revocarla más tarde para detener cualquier uso y divulgación posterior.

Tus derechos. En la mayoría de los casos, tiene derecho a ver u obtener una copia de su información médica que usamos para tomar decisiones sobre usted. Si solicita copias, podemos cobrarle una tarifa basada en el costo. También tiene derecho a solicitar una lista de ciertos tipos de divulgaciones de su información que hemos realizado. Si cree que su información médica es incorrecta o falta información. tiene derecho a solicitar que corriamos la información existente o agreguemos la información que falta. A su petición que pueda ser excluido de las listas públicas.

Nuestro deber legal. La ley nos exige proteger la privacidad de su información médica, proporcionar este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y solicitar su acuse de recibo de este aviso. Podemos cambiar nuestras políticas de privacidad en cualquier momento. Puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras políticas de privacidad, comuníquese con la persona que figura a continuación.

Quejas de privacidad. Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, nuestras políticas de privacidad o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre su acceso a su información médica. Y ou puede comunicarse con la persona indicada a continuación. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU . La persona que figura a continuación puede proporcionarle la dirección adecuada si lo solicita.

Si tiene alguna pregunta o queja, comuníquese con:

Gestión de riesgos / Gestión de la calidad al (940) 328-6232 o (940) 328-6277

Acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad:



PALO PINTO GENERAL HOSPITAL
400 SW 25th AVENUE
MINERAL WELLS, TX 78667
(840) 325-7891

Insurance Authorization
Rev. 11/2017
1 of 1

INSURANCE AUTHORIZATION

Autorización y asignación de seguro: Por la presente autorizo a PPGH Clinic Network a proporcionar información a las compañías de seguros sobre mi enfermedad y tratamiento y por la presente asigno a PPGH Clinic Network todos los pagos por servicios médicos prestados a mí o a mi hijo menor. Entiendo que soy responsable de proporcionar la información del seguro o se me considerará un pago privado. Entiendo que soy responsable de cualquier monto que no cubra el seguro. Por la presente autorizo al Departamento de Servicios Sociales a contactar y proporcionar información apropiada a recursos comunitarios externos según se considere necesario.

Declaración del garante: Asumo la responsabilidad financiera por el pago de todos los cargos por los servicios prestados al paciente mencionado anteriormente .

Ley de Protección al Consumidor Telefónico: Usted acepta, para que podamos dar servicio a su cuenta o cobrar el dinero que deba, Palo Pinto General Hospital, y / o los agentes pueden comunicarse con usted por teléfono a cualquier número de teléfono asociado con su cuenta, incluido el teléfono inalámbrico números, lo que podría resultar en cargos para usted. También podemos comunicarnos con usted enviándole un mensaje de texto o correos electrónicos, utilizando la dirección de correo electrónico que proporcione. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados / artificiales y / o el uso de servicios de marcación automática según corresponda. He / hemos leído esta divulgación y acepto que Palo Pinto General Hospital, su empleado y / o agentes pueden comunicarse conmigo / con nosotros como se describe anteriormente.

(No se aceptan todos los seguros).

Firma del paciente o del representante Relación con el paciente Fecha



Treatment Consent Form

CONSENT FOR MEDICAL TREATMENT: I hereby give my permission to receive medical treatment for myself or my minor child(ren) by physicians and/or mid-level providers at the PPGH Family Health Clinic, a service of Palo Pinto General Hospital.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICAL: Doy mi permiso para recibir tratamiento par mi y mis criaturas demenores de edad por medicos en la Family Health Clinic, un servicio de Palo Pinto General Hospital.

PLEASE READ AND INITIAL THE FOLLOWING:

If you wish to change your treating physician to one of the providers at the PPGH Family Health Clinic, we will need you to initial below and request a Release of Medical Records Form from the front desk to send to your previous treating physician.

_____ Yes

_____ No

Por favor lee e inicial el siguiente:

Si usted deseara cambiar su medico tratante para uno de los proveedores en the PPGH Family Health Clinic, lenecesitaremos inicial debajo y solicitaran una Liberacion de Forma de Registros Medica de frente escritorio a enviara su previo tratante medico.

_____ Si

_____ No

Acknowledgment of receipt of Patient Rights

Pamphlet.Recibo de reconiciemento de Patient Rights Pamphlet.

Signature of Patient or Representative

Date

Relationship to Patient



AUTORIZACIÓN HIPAA PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Este formulario es para usar cuando se requiere dicha autorización y cumple con las Normas de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA).

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____

Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

I. Mi autorización

De conformidad con el Código Administrativo de Texas, Título 1, Parte 15, Capítulo 354, Subcapítulo A, División 33, Regla §354.1432; para un niño que recibe servicios médicos de telemedicina en un entorno basado en la escuela, una notificación que incluye un resumen de los servicios debe ser proporcionada al médico de cabecera o proveedor , junto con una copia del resumen que se proporciona a los padres / tutor legal .

Autorizo al Palo Pinto General Hospital a usar o divulgar la información médica de mi hijo .

La parte anterior puede divulgar esta información médica al siguiente destinatario:

Médico de atención primaria: _____

Dirección : _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Teléfono _____ Fax _____

Correo electrónico del médico _____

Correo electrónico del padre / tutor legal _____

El propósito de esta autorización es proporcionar comunicación entre el médico de mi hijo y los proveedores de telemedicina en la escuela.

Esta autorización está vigente para el año escolar 2022-2023.

De conformidad con el Código Administrativo de Texas , Título 1, Parte 15, Capítulo 354, Subcapítulo A, División 33, Regla §354.1432 ; un niño que recibe servicios médicos

de telemedicina en un entorno escolar, se debe proporcionar una notificación al médico o proveedor de atención primaria.

II. Mis derechos

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto cuando ya se hayan hecho usos o divulgaciones con base en mi permiso original. Es posible que no pueda revocar esta autorización si su propósito era obtener un seguro. Para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviarla a la parte divulgadora correspondiente.

Entiendo que los usos y divulgaciones que ya se han realizado en base a mi permiso original no se pueden retirar.

Entiendo que es posible que la información utilizada o divulgada con mi permiso pueda ser divulgada nuevamente por el destinatario y ya no esté protegida por los Estándares de privacidad de HIPAA.

Entiendo que el tratamiento por parte de cualquier parte no puede estar condicionado a mi firma de esta autorización (a menos que el tratamiento se busque solo para crear información médica para un tercero o para participar en un estudio de investigación) y que puedo tener derecho a negarme a firmar esta autorización.

Recibiré una copia de esta autorización después de haberla firmado. Una copia de esta autorización es tan válida como el original.

- El paciente es menor de edad: _____ años de edad

Firma del representante autorizado: _____

Fecha : _____

Nombre en letra de imprenta del representante autorizado: _____

Autoridad del representante para firmar en nombre del paciente: - Padre - Tutor legal

- Orden judicial - Otro: _____