

Queridos Padres y Tutores,

En coordinación con El Hospital Regional de Lake Cumberland (LCRH), Asociados Médicos de Lake Cumberland (LCMA), Se complace en compartir información con usted sobre Salud Escolar de Lake Cumberland, **una nueva asociación con las escuelas del Condado de Pulaski, Escuelas Independientes de Somerset, y Escuelas Independientes de Science Hill** para contratar a dieciocho enfermeras escolares a partir de este Otoño con el año académico 2020-2021.

Las enfermeras escolares en estos distritos, trabajando en colaboración con los Proveedores de salud de Asociados Médicos de Lake Cumberland, continuaran brindando casi todos los servicios que antes, tales como monitoreo y dispensación de medicamentos y visitas agudas o por enfermedad. Extendiendo la asociación formada en 2019 cuando Asociados Médicos de Lake Cumberland dio a conocer La unidad de Atención Móvil de la Escuela. Las enfermeras tendrán la habilidad de coordinar visitas de rutina, visitas por enfermedad, y exámenes físicos vía Telemedicina con el consentimiento de los padres.

Las Capacidades de Telemedicina en la enfermería de cada escuela brindaran a las enfermeras la oportunidad de conectarse con un Médico o un Proveedor de Practica Avanzada de Asociados Médicos de Lake Cumberland para compartir información, discutir problemas o tratamientos agudos, e incluso procesar recetas(prescripciones); potencialmente ahorrarle tiempo y dinero a los padres en un segundo viaje a la oficina del doctor.

LCMA continuara ofreciendo visitas en un horario rotativo a través de La Unidad de Atención móvil de la Escuela. A través de esfuerzos combinados de Salud Escolar y Atención móvil, los niños podrán recibir servicio de Atención Medica de alta calidad en el lugar, sin tener que faltar a la escuela. Esta colaboración promueve resultados positivos para la salud y educación de todos los niños.

Cosas Importantes que necesita saber:

- Los Proveedores de Salud Medica están certificados por la junta y siguen las pautas de practica basadas en la evidencia.
- Padres/Tutores deben de firmar un consentimiento que permita que se brinde atención medica al niño.
- Padres/Tutores no necesitan que estar presentes para que se brinde atención médica, Sin embargo, serán bienvenidos si desean estar presentes. Todas las aseguaranzas medicas serán aceptadas.

Por favor complete (llene) los formularios adjuntos y devuélvalos a la escuela de su hijo o al maestro lo antes posible.

¡Esperemos continuar sirviéndole a usted y a su estudiante durante el siguiente año escolar!

Robert Parker
CEO, Lake Cumberland Regional Hospital

J. Barry Dixon, MD
President, Physician Services
Medical Director, Lake Cumberland Medical Associates

ASOCIADOS MEDICOS DE LAKE CUMBERLAND
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y REGISTRO DE ATENCION MOVIL Y SALUD ESCOLAR

Sección 1: INFORMACION DEL PACIENTE

Por favor complete la siguiente información sobre su niño(a):

Nombre del Paciente: _____ Nombre de la Escuela: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Genero: _____ Etnia: _____ Grado: _____

Lenguaje Principal: _____ Dirección: _____

Nombre de la mama: _____ Nombre del papa: _____

Tutor Legal del Niño: _____

Padres/Tutores número de casa: _____ celular: _____ Trabajo: _____

Nombre de Contacto de Emergencia y Número de Teléfono (Otro que no sea el Padre/Tutor): _____

Proveedor/Doctor Primario del Niño(a): _____

Dentista del Niño(a): _____

Nombre y Locación de la Farmacia del Niño(a): _____

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

Nombre y número de teléfono de la compañía de seguros: _____

Dirección de la compañía de Seguros: _____

Numero de ID: _____

Nombre del Titular de Póliza y Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del titular de póliza y relación con el paciente: _____

HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE

Por favor Etiqueta a continuación por sus siglas en Ingles: con **C** para Niño, **M** para Madre, **F** para Padre, **S** para hermano(a), y **G** para abuelos. Su hijo(a) o familia cercana del niño tienen antecedentes de:

_____ Ningún Problema	_____ Problemas Urinarios	_____ VIH/SIDA	_____ Diabetes
_____ Tubos auditivos	_____ Frecuente dolores de garganta	_____ Infección de Oído	_____ Desorden de Animo
_____ Hepatitis A	_____ Hepatitis B	_____ Hepatitis C	_____ ADHD
_____ Soplo Cardiaco	_____ Defecto cardiaco Congénito	_____ Alta Presión	_____ Ansiedad
_____ Hernia	_____ Problemas de los ojos	_____ Usa Lentes	_____ Conduto
_____ Depresión	_____ Amígdalas/adenoides extraídas	_____ Anemia	_____ Desarrollo
_____ Tiroides	_____ Enfermedades del riñón	_____ Problemas Estomacales	
_____ Asma: Necesita Inhalador en la escuela: S* N Causante del Asma: _____			
_____ Otro (Por favor liste): _____			

Alergias:

¿Su hijo(a) tiene alguna alergia a cualquier medicamento? _____ SI* _____ NO

Por Favor liste los Medicamentos y el tipo de reacción (Erupción de la piel, dificultad para respirar, hinchazón, etc)

¿Es su hijo(a) alérgico a cualquiera de los factores ambientales (abejas, látex, nueces, comida, etc.)? SI* NO
Por favor liste los alérgenos ambientales con el tipo de reacción (rozadura, hinchazón de labios, dificultad para respirar, etc.)

Nombre del Alergénico	Tipo de Reacción
_____	_____
_____	_____

***Contacte a la enfermera de la escuela si su hijo necesita un inhalador y/o un Epi-pen durante horas de la escuela. El Padre/Tutor es responsable de traer el inhalador y/o Epi-pen a la escuela y de notificar a la escuela de cualquier cambio referente al medicamento. El proveedor (doctor) que prescribe el medicamento deber completar un Permiso para el Formulario de Medicamentos Recetados.**

MEDICAMENTOS

¿Esta su niño actualmente tomando cualquier medicamento? _____ SI _____ NO
Por favor liste cualquier medicamento y dosis actual (cuanto y con qué frecuencia) _____

¿Los medicamentos serán administrados en la escuela?: _____ SI _____ NO
Nombre, Dosis y Hora de administración de la medicación en la escuela _____

Por favor marque cualquiera de los siguientes medicamentos NO recetados que le esté dando a su hijo. Todas las dosis deben de ser administradas de acuerdo con la edad y peso del Niño (a).

- | | |
|--|----------------------------------|
| _____ Tabletas de Ibuprofeno o suspensión líquida | _____ Aloe vera (sábila) |
| _____ Tabletas de loratadina/Allegra/Benadril, capsulas o líquidos | _____ antiácidos (Tums) |
| _____ Descongestionante fenilefrina (Sudafed PE tabletas o líquidos) | _____ Orajel |
| _____ Tabletas de acetaminofén (tylenol) o suspensión líquida | _____ espray anti-comezon/ crema |
| _____ Gotas para la tos | _____ Jarabe para la tos |
| _____ Hidrocortisona/crema benadril | |

CONSENTIMIENTO

Por favor lea cuidadosamente, COMPLETE EL FORMULARIO, FIRME, y PONGA LA FECHA. El estudiante deberá de regresar este formulario a la escuela. Por favor notifique a la escuela si hay cualquier cambio de salud o cualquier cambio de tutela. El consentimiento no se vencerá hasta que su hijo deje la escuela o la clínica sea notificada por escrito que usted desea revocar este consentimiento.

Yo doy mi consentimiento para _____
Nombre completo del estudiante **Fecha de Nacimiento**

para recibir todos los servicios ofrecidos de Salud Escolar y Cuidado Móvil de Asociados Médicos de Lake Cumberland localizado en la escuela del estudiante. Todos los servicios Incluyen:

- Evaluación de enfermedades y tratamiento
- Prueba para el strep e influenza
- Básico cuidado para heridas, incluyendo sutura/y remover suturas.
- Exámenes físicos para la escuela y deportes y evaluación apropiado para la edad.
- Vacunas; Esto requiere un consentimiento por separado para ser firmado.

En nombre de y como padre y/o Tutor legal del menor nombrado arriba, Yo doy mi permiso y mi consentimiento a Asociados médicos de Lake Cumberland para cualquier tratamiento médico necesario, incluyendo, sin limitación, a realizar pruebas del strep e influenza que el proveedor de salud(doctor) crea medicamento necesarios. Yo autorizo la divulgación de información médica necesaria para procesar el(los) reclamos asociados con estos servicios. Yo autorizo que los pagos sean directamente a Asociados Médicos de Lake Cumberland, 350 Hospital Way, Somerset, KY 42503. Yo también entiendo que cualquier porción(parte) que la compañía de seguros No pague, se convertirá en mi obligación personal y serán pagados prontamente por mi persona.

Firma del Padre/Tutor	Nombre en Molde	Fecha
-----------------------	-----------------	-------

Red de Tele salud de Kentucky: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TELEMEDICINA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sitio donde el paciente será visto vía Tele Salud: _____

Nombre del Proveedor de la consulta que atenderá al paciente vía Tele Salud: _____

Ubicación del Proveedor: _____

Usted va a tener un encuentro clínico usando la tecnología de video conferencia. Usted tendrá la oportunidad de ver y escuchar al proveedor(doctor) y ellos también lo podrán escuchar y ver a usted, como si todos estuvieran en el mismo cuarto. Desde 1994, la tecnología nos ha conectado con decenas de miles de pacientes y proveedores en Kentucky. La información podrá ser usada para diagnosticar, terapia, seguimiento y/o educación.

Beneficios Esperados:

- Mejorar el acceso al cuidado médico al permitir que el paciente permanezca en la instalación y obtenga servicios de proveedores en sitios distantes.
- El paciente permanecerá cerca de casa donde proveedores de salud local puedan mantener un cuidado de continuidad.
- Reducir la necesidad de viajar del paciente o de otro proveedor.

El Proceso:

Se le presentara al proveedor y a cualquiera que esté en el cuarto con el proveedor. Usted podrá hacerle preguntas al proveedor o a cualquier personal de Telemedicina en el mismo cuarto, si usted no está seguro de lo que está pasando. Si usted no se siente cómodo(a) al ver al proveedor con la Tecnología de Video Conferencia, usted puede rechazar la tecnología y programar un encuentro tradicional cara-a-cara en cualquier momento. Las medidas de seguridad están implementadas para asegurar que la video conferencia sea segura y que ninguna parte del encuentro sea grabado sin su consentimiento por escrito.

Posibles Riesgos:

Hay riesgos potenciales asociados a la Telemedicina que incluyen, pero no están limitadas a:

- El proveedor puede determinar que el encuentro de Telemedicina no provee con la información suficiente para una decisión clínica apropiada.
- Problemas tecnológicos que podrían atrasar la evaluación medica y tratamiento en el encuentro de hoy.
- En casos remotamente raros, los protocolos de seguridad pueden fallar, causando una brecha de privacidad de información personal médica.

Al firmar este formulario, Yo entiendo lo siguiente:

1. Yo entiendo que las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad de la información médica también se aplican a la Telemedicina, y que ninguna información obtenida con el uso de Telemedicina que me identifique a mi serán divulgadas a investigadores o otras entidades sin mi consentimiento.
2. Yo entiendo que tengo el derecho de retirar mi consentimiento para el uso de Telemedicina durante el curso de mi cuidado en cualquier momento, sin afectar mi derecho a futuros tratamientos o cuidados médicos.
3. Yo entiendo que si el proveedor cree que puedo tener un mejor servicio con el tradicional cara-a-cara, ellos pueden parar la Tele Salud en cualquier momento y programar una cita en persona.
4. Yo entiendo de que pueda esperar los beneficios anticipados con el uso de Telemedicina en mi cuidado, PERO que los resultados no pueden ser garantizados o seguros.
5. Acepto que puedo ser responsable de la práctica por los cargos que resulten de los servicios prestados utilizando tecnología de videoconferencia a sus tarifas vigentes.

Consentimiento del Paciente para Usar la Telemedicina:

Yo eh leído y entiendo la información proporcionada arriba referente a la Telemedicina, y que todas mis preguntas fueron respondidas a mi satisfacción. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de telemedicina en mi cuidado.

Por la presente yo Autorizo a _____

(Agencia o Nombre del Doctor)

a utilizar Telemedicina en el curso de mi diagnóstico y tratamiento.

Firma del paciente (o persona autorizada) _____

Fecha/Hora _____.

Si es firmante autorizado, relación con el paciente. _____

Testigo _____ Fecha/Hora _____

EXPOSICION B

AUTORIZACION PARA LA LIBERACION DE INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

Este formulario de Autorización de Liberación de Información Médica Protegida (“Autorización”) permite la liberación de información médica protegida a _____ (Distrito Escolar) por empleados de la Practica Medica de Lake Cumberland, LLC o el Hospital Regional de Lake Cumberland, LLC (cuyos empleados están referidos aquí como “personal de practica”), que prestaran sus servicios al(a) estudiante listado(a) abajo (“estudiante”). El propósito de esta autorización es permitir que el personal de práctica que brinde servicios al distrito escolar se comuniquen con el distrito escolar, el personal del distrito escolar involucrado en la operación, administración o gestión de los programas del distrito escolar para administrar los físicos obligatorios del estado a sus estudiantes, con respecto a la información médica protegida del estudiante y la participación en los programas aplicables del distrito escolar. El personal de la práctica no condicionará el tratamiento sobre la firma de esta autorización; sin embargo, el distrito escolar no puede permitir que un estudiante participe en ningún Programa de Distrito Escolar aplicable con respecto a la provisión de exámenes físicos obligatorios por el estado si el estudiante y sus padres o tutores legales no han firmado esta autorización.

Por la presente autorizo al personal de práctica que brinda servicios al distrito escolar a divulgar entre sí y al distrito escolar información oral y escrita relacionada con la condición médica o física del estudiante. Esta información de Salud protegida puede referirse al estado médico del estudiante, condiciones médicas, lesiones, pronósticos, cualquier otra información de salud de identificación personal relacionada. Yo entiendo que la información de salud del estudiante esta protegida por regulaciones Federales ya sea La Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA por sus siglas en inglés) de 1996 o Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA, por sus siglas en inglés). Esta autorización está hecha en las siguientes condiciones.

- Esta autorización permanecerá en vigencia hasta que el estudiante ya no reciba servicios por parte del Personal de Practica a través de la clínica del Distrito Escolar y los programas de servicios de salud, excepto en la medida en que este abierta a las divulgaciones realizadas antes del vencimiento o revocación.
- Esta autorización puede revocarse en cualquier momento mediante una notificación por escrito a: _____ Cualquier revocación no afectara las divulgaciones hechas en dependencia de esta autorización por la Practica, Personal de Practica o el Distrito Escolar antes de recibir la revocación.
- El estudiante y/o los Tutores legales del estudiante no están requeridos a firmar esta autorización, pero si no lo hacen, el estudiante no podrá recibir cuidados del Personal de Practica en la ubicación del Distrito Escolar.
- El estudiante y Padre/Tutor deberá de recibir una copia de la autorización firmada. Una copia de esta autorización y cualquier revocación será conservada por el Distrito Escolar.
- El que firme abajo comprende y acepta que la divulgación de información médica o de salud por parte del Personal de Practica conforme a esta autorización puede ser divulgada posteriormente por el destinatario y puede que ya no este protegida por la ley aplicable.
- Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con Kathy Monroe al (606)678-3200.

Estudiante _____	Padre/Tutor _____
<i>Firma</i>	<i>Firma</i>
Estudiante _____	Padre/Tutor _____
<i>Nombre en Molde</i>	<i>Nombre en Molde</i>
Relación con el Estudiante: _____	Fecha _____