CLINICA DE SALUD PACKER

HOJA DE INFORMACION DEL ESTUDIANTE DE PRIMARIA

Fecha _____ Grado_____ Aula _____

Información del Paciente

Nombre _____Número de Seguro Social_____

Sex: M / F Raza_____ Fecha de Nacimiento_____ Edad_____

Dirección_____

Ciudad_____Estado _____ CódigoPostal_____Condado_____

El estudiante vive con _____

Información de la Madre/Tutor

Nombre_____

Dirección_____

Ciudad_____Estado _____ CódigoPostal_____Condado_____

Empleado_____Número del Trabajo/Extensión_____

Teléfono del Hogar_____Teléfono Celular_____Otro_____

Información del Padre/Tutor

Nombre_____

Dirección_____

Ciudad_____Estado _____ Código Postal_____ Condado_____

Empleado_____Número del Trabajo/Extensión_____

Teléfono del Hogar_____Teléfono Celular_____Otro_____

Persona a Avisar en Caso de una Emergencia (otra del paciente)

Nombre _____Relación al paciente_____

Domicilio _____

Ciudad_____ Estado_____ Código Postal_____ Condado_____

Teléfono del Hogar_____ Teléfono Celular_____ Otro_____

Para que su niño pueda recibir servicios en las clínicas de Salud Packers, esta forma debe ser completada y se debe obtener la documentación apropiada de seguro.

Yo aquí doy mi permiso voluntariamente para _____ que reciba servicios por medio de las clínicas de Telesalud Packer. Yo autorizo a cualquier doctor o designado profesional de salud/salud mental trabajando para las clínicas de Telesalud Packer que proveen cuidado.

Firma del Padre/Tutor_____ Fecha_____

CONSENTIMIENTO TELESALUD

Yo aquí doy voluntariamente mi consentimiento para mi hijo que figura a continuación para recibir servicios de telesalud a través de Packer Health Clinic a los fines del servicio(s) de salud y / o procedimiento(s). Autorizo a cualquier médico o profesional designado de salud / salud mental que trabaje con Packer Health Clinic para proporcionar cuidado. Entiendo que se obtendrá un consentimiento adicional antes de cada cita. Entiendo que durante la consulta de telesalud, detalles del historial médico de mi hijo, exámenes, radiografías y pruebas se discutirán con otros profesionales de la salud a través del uso de video interactivo, audio y tecnología de telecomunicaciones. Entiendo que un examen físico puede tener lugar. Entiendo que un técnico no médico puede estar presente en el estudio de telemedicina para ayudar en la transmisión del video. Entiendo que se pueden tomar grabaciones de video, audio y / o fotografías del paciente durante el (los) procedimiento (s) o servicio (s Entiendo que todas las leyes existentes con respecto al acceso a los registros médicos de mi hijo se aplican a estas consultas de telesalud. No todas las telecomunicaciones se graban y almacenan. Además, la diseminación de cualquier imagen o información identificable del paciente para interacciones de telemedicina a los investigadores u otras entidades no debe ocurrir sin su consentimiento. Se han realizado esfuerzos razonables y apropiados para eliminar cualquier riesgo de confidencialidad asociado con la consulta de telemedicina, y todas las protecciones de confidencialidad existentes bajo las leyes federales y estatales de Georgia se aplican a la información divulgada durante una consulta de telemedicina. Es su derecho retener o retirar el consentimiento a la consulta de telemedicina en cualquier momento sin afectar su derecho a la atención futura o tratamiento o arriesgando la pérdida o el retiro de cualquier beneficio del programa al que de otra manera tendría derecho. Usted acepta que cualquier disputa que provenga de una consulta de telemedicina se resolverá en Georgia, y que la ley de Georgia se aplicará a todas las disputas. Me han informado y entiendo todos los riesgos, beneficios y consecuencias potenciales de la telemedicina. Su proveedor de atención médica ha discutido con usted la información provista anteriormente. Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información presentada en este consentimiento y sobre la consulta de telemedicina. Todas sus preguntas han sido respondidas, y usted comprende la información escrita provista anteriormente.

Acepto participar en consultas de telemedicina para el (los) procedimiento (s) y / o servicio (s) descritos anteriormente.

Nombre del paciente:_____**Fecha de nacimiento:**_____

Firma del Padre / Tutor _____ **Fecha** _____

Indique cualquier adulto (s), aparte de los padres / tutores, mayores de 18 años que tengan permiso para dar su consentimiento para que su hijo participe en una visita de telesalud si no se puede contactar a los padres/tutores.

1. Nombre:_____ Relación con el paciente:_____

Número de Casa:_____ Numero de Celular:_____ Otro:_____

2. Nombre:_____ Relación con el paciente:_____

Número de Casa:_____ Numero de Celular:_____ Otro:_____

3. Nombre:_____ Relación con el paciente:_____

Número de Casa:_____ Numero de Celular:_____ Otro:_____

Por la presente voluntariamente doy mi consentimiento para que la (s) persona (s) listadas arriba (s) aprueben una visita de telesalud escolar en caso de que no pueda ser contactado. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento para cualquiera de las personas mencionadas en cualquier momento mediante el envío de una declaración por escrito a la enfermera de la escuela o al coordinador de telesalud. I understand that any person(s) listed above will continue to have my consent to approve a telehealth visit until such signed and dated written statement is received. Entiendo que cualquiera de las personas mencionadas anteriormente continuará teniendo mi consentimiento para aprobar una visita de telesalud hasta que se reciba dicha declaración escrita firmada y fechada.

Firma del Padre / Tutor _____ **Fecha**_____

HISTORIA MÉDICA

Nombre de Doctor de Cuidado Primordial_____

Dirección _____

Número de Teléfono _____ Ultima Vez que le vieron_____

Nombre del Dentista_____

Dirección _____

Número de Teléfono _____ Ultima Vez que le vieron_____

Nombre de cualquier otro Proveedor de Cuidado de Salud_____

Dirección _____

Número de Teléfono _____ Ultima Vez que le vieron_____

Nombre de la Farmacia_____

Dirección _____

Número de Teléfono _____

Liste Alergias a Medicinas

_____

_____

Liste todos los Problemas Médicos

_____

_____

_____

Liste todos las cirugías anteriores_____

Historia Familiar **Madre**_____

Padre_____

Liste Medicina (Incluya dosis y hora)_____

_____

_____

¿Hay alguna creencia religiosa y personales que las clínicas de Salud Packer deben estar conscientes en la atención de su niño? Si la respuesta es sí, por favor explique

_____

_____

HISTORIA MEDICA CONTINUACION

POR FAVOR MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN

ENDOCRINA

____ Hinchazón debajo de los brazos o el cuello

____ debilidad y cansancio
____ siempre tienen hambre
____ aumento de sed
____Aumento de orina
____Tiende a ser demasiado caluroso
____ Frecuente fiebre o resfriados
____ Sudores nocturnos
____ Problemas con el sueño
____ Problemas despertar luego
____ Agarrar el sueño
____ Reciente aumento de peso
____ Pérdida de peso reciente
____ Diabetes
____ Otro_____
____ Otro_____

INFECCIONES

____ Varicela/Chicken pox
____ Hepatitis B
____ Hepatitis C
____ HIV/SIDA
____ Faringitis Estreptocócica/Strep Throat
____Otro_____

PULMONARIO

____ Ronquido Crónico
____ Tos Persistente
____ Tosiendo con sangre
____ TB (o expuesto)
____ **A**pnea de sueño
____ COPD, enfisema o Bronquitis crónico
____ Asma
____ Otro_____

NEUROLOGIA

____ Frecuentes dolores de cabeza
____ Migrañas
____ Ataques
____ Derrame o parálisis
____ Problemas de Memoria
____ Meningitis
____ Daño Nervios en los pies/manos
____Otro_____

OIDO, NARIZ Y GARGANTA

____ Usa anteojos o pupilentes
____ Drenaje ocular
____ Visión borrosa
____ Cambios Reciente en la visión
____ Disminución auditiva
____ Tinnitus (ruidos) en las Oídos
____ Alergias (en temporada)
____ problemas de sinusitis
____Sangrados nasales frecuentes
____ Frecuente dolor de garganta
____ Lengua/llagas de la boca
____ Problemas de tiroides/Bocio
____ dolor de cuello o bultos
____ Cualquier cambio en la voz
____ Problemas dentales

HEMATOLOGIA

____ Anemia/Sangre baja en conteo
____ Enfermedad de células falciformes
____ Sangrado/Moretones fácilmente
____ Cáncer (Por favor liste_____)
____ Quimo/Expuesto a Radiación
____Otro_____

MUSCULOESKELETAL

____ Frecuente dolor en los dedos o manos
____ Dolor Muscular o de coyunturas
____ Calambre en las piernas con ejercicio
____ Calambre en las piernas en la noche
____ Artritis
____Other_____

GENITOURINARY

____ Frecuente urinaria
____ Quema la urinaria
____ Dificultad de empezar la urinaria
____ Incontinencia
____ Piedras en los Riñones
____ Enfermedad de las Riñones
____ Otro_____

CARDIOVASCULAR

____ Dolor de Pecho
____ Mareros al Pararse
____ Palpitaciones en el Corazón
____ Hinchazón en los pies/manos
____ Presión Alta
____ Colesterol Alto
____ Desmayos/desfallecer
____ Falta de respiro con ejercicios
____Soplo en el Corazón
____Otro_____

GASTROINTESTINAL

____ Frecuente acidez/agruras
____ Falta de apetito
____ Frecuente nausea o vomito
____ Enfermedad del Hígado
____ Ictericia o hepatitis
____ Dificultad al tragar
____ Dolor de Estomago
____ Reciente cambio de hábito en excremento
____ Frecuente diarrea
____ Frecuente constipación
____ Incontinencia
____ Sangre en el excremento
____ Dolor Rectal
____ Hemorroides
____ Fisura Rectal
____ Parásitos o lombrices
____ Pancreatitis
____ Otro_____

COMPORTAMIENTO / MENTAL

____ Pesadillas
____ Orina la cama
____ Problemas al Comer
____ Se chupa el dedo
____ problemas Discipline
____ Hiperactivo/hiperactivo
____ Timidez /Evita lo social
____ Problemas de Dormir
____ Retraso de Desarrollo
____ Discapacidad de Aprendizaje
____ Depresión
____ Ansiedad
____ Llora seguido
____ SE siente triste
____ Oye voces
____ Coraje
____ Desorden de Conducta diagnosticada/mental
Por favor liste_____)
____ Otro

Mi firma indica que toda la historia médica es verdadera y acertada a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del Paciente/Padre/Tutor_____ Fecha _____

AUTORIZACION PARA COBRAR AL SEGURO

Nombre del Paciente_____

Fecha de nacimiento del Paciente_____ Número Social del Paciente _____

Compañía Primordial del Seguro _____

Nombre de la persona asegurada_____

Fecha de nacimiento del Asegurado_____ Número Social del Asegurado_____

Número de Grupo_____

Póliza o Número de Miembro_____

Compañía Secundaria del Seguro _____

Nombre de la persona asegurada_____

Fecha de nacimiento del Asegurado_____ Número Social del Asegurado_____

Número de Grupo_____

Póliza o Número de Miembro_____

Persona Responsable

Nombre_____ Fecha de Nacimiento_____

Número del Seguro Social _____ Empleador_____

SE REQUIERE UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO DE SALUD

La información en este formulario es información de salud protegida (PHI) y ha de ser tratada como confidencial conforme a las reglas de HIPPA, privacidad y seguridad. Todos los servicios se imputan directamente al paciente o su representante y/o compañía de seguros por el proveedor. Acuse de Recibo: doy mi consentimiento para el uso de su PHI para propósitos de tratamiento, pago y operaciones. Autorizo la entidad a usar su PHI cuando sea necesario. Yo autorizo el pago de beneficios en mi nombre directamente al proveedor. Yo entiendo que soy responsable de todos los cargos no cubiertos por seguros, incluidos los copagos. Si mi hijo tiene Medicaid, también soy consciente de que sólo hay cinco visitas fuera de mi lista de proveedor de atención médico.

Firma de Paciente/Padre/Tutor_____ Fecha_____

HIPAA Y NUESTROS PACIENTES

La HIPAA (Acto de Portabilidad y Contabilidad de Seguro de Salud) Regla de Privacidad se convirtió en ley en 1996. La Oficina de Derechos Civiles aplica la regla de privacidad HIPAA, que protege la privacidad de información de salud identificable. Esta regla controla, esencialmente el uso y la revelación de lo que se conoce como información protegida de la Salud. Se nos obliga a proveerle el aviso adjunto. Le animamos a que lea la información sobre nuestras prácticas de privacidad. Es la copia así que siéntase libre de mantener con usted.

Admito que reconozco el recibo de la HIPAA Aviso de Prácticas de Privacidad de las Clínica de Salud Packer.

Firma de Paciente/Padre/Tutor_____ Fecha_____

Aviso de Practicas de Privacidad

Cuando se trata de la información de su salud, usted tiene ciertos derechos.
Obtenga un copia de papel de su registro medico o copia electrónica.
· Usted puede pedir para mirar una copia electrónica o obtener un registro medico u otra información medica que nosotros tengamos sobre usted. Pregúntenos como hacer esto.
· Nosotros le proveeremos una copia o un resumen de su información de salud, usualmente dentro de treinta días de su solicitud. Nosotros podríamos cobrar una tarifa razonable.
Pídanos como corregir su registro medico
· Usted puede pedirnos como corregir su información médica sobre que usted piensa que es incorrecto o incompleto. Pregúntenos como hacer esto.
· Nosotros podríamos decir "no" as su petición, pero nosotros le diríamos a usted porque en escrito dentro de 60 días.
Solicite comunicaciones confidenciales
· Usted puede pedirnos como contactarlo en una forma especifica (por ejemplo, casa o teléfono de oficina) o enviar por correo a diferentes direcciones.
· Nosotros diremos "si" a todas las solicitudes razonables.
Pídanos como limitar lo que usamos o compartimos
· Usted puede pedirnos no usar o compartir cierta información medica para tratamiento, pago, o nuestras operaciones. Nosotros no somos requeridos para acceder a su solicitud, y nosotros podríamos decir "no" si esto pudiera afectar su cuidado.
· Si usted paga por un servicio o un asunto de su cuidado de salud de su bolsillo de su totalidad, usted puede pedirnos no compartir esa información para el propósito de pago de nuestras operaciones con su compañía de seguro medico. Nosotros diremos "si" a menos que la ley nos requiera compartir esa información.
Obtenga una lista de aquellos con quienes nosotros hemos compartido información
· Usted puede pedirnos por una lista (contabilidad) de las veces que nosotros hemos compartido su información de salud por seis años anteriores de la fecha que usted pidió, con quien nosotros compartimos esto, y porque.
· Nosotros incluiremos todas la declaraciones excepto por aquellas sobre tratamiento, pago, y operaciones sobre su cuidado de salud, y ciertas otras declaraciones (tales como cualquiera que nos a pedido hacer). Nosotros proveeremos una contabilidad gratis por un año pero le cobraremos una tarifa de pago razonable si nos pide otra dentro de 12 meses.
Obtenga una copia de este aviso de privacidad
· Usted puede pedirnos por una copia de papel de este aviso en cualquier tiempo, incluso si usted consintió para recibir el aviso electrónicamente. Nosotros proveeremos a usted con una copia de papel prontamente.
Escoja a alguien que lo represente a usted
· Si usted le a dado a alguien un poder de abogado medico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y hacer elecciones sobre su información de salud.
· Nosotros nos aseguraremos que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de que nosotros tomemos cualquier acción.
Llene un reclamo si usted siente que sus derechos han sido violados
· Usted puede quejarse si usted siente que nosotros hemos violado sus derechos contactándonos usando la información en la pagina 1.
· Usted puede presentar una queja con el Departamento de U.S. de Salud y la Oficina de Servicios Humanos para Derechos Civiles enviando una carta a 200 Independence Ave. S.W. Washington, D.C 20201 o llamando 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocs/privacy/hipaa/complaints/.
· Nosotros no tomaremos represalias contra usted porque usted lleno un reclamo.
You have the right to:
· Obtener una copia de su papel o registro medico electrónico
· Corregir su papel o registro medico electrónico
· Solicitar comunicación confidencial
· Pedirnos que limitemos la información que nosotros compartimos
· Obtener una copia de este aviso de privacidad
· Escoger a alguien que lo represente a usted
· Llene un reclamo si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados
Usted tiene algunas elecciones en la forma que nosotros usamos y compartimos información tal como:
· Informar a su familia y amigos sobre su condicion
· Proveer alivio de desgracia
· Incluirlo a usted en un directorio del hospital
· Proveer cuidado de salud mental
· Vender nuestros servicios y vender su información
· Recaudar fondos
Nosotros podemos usar y compartir su información tal como:
· Tratarlo a usted
· Dirigir nuestra organización
· Facturas por sus servicios
· Ayuda con salud publica y cuestiones de seguridad
· Hacer investigaciones
· Cumplir con la ley
· Responder a solicitudes de órganos y donaciones de tejidos

· Trabajar con un medico forense o director de la funeraria
· Dirección de la compensación de los trabajadores
· Cumplimiento de la ley y otras solicitudes de gobierno
· Responder a demandas y acciones legales

Para cierta información de salud, usted puede decirnos sus elecciones sobre que nosotros compartimos

Si usted tiene una preferencia clara por como nosotros compartimos su información en las situaciones descritas abajo, díganos. Díganos que ese lo que usted quiere que hagamos, y nosotros seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene dos elecciones el derecho y elección para decirnos como:

· Compartir información con su familia, amigos cercanos o otros envueltos en su cuidado
· Compartir información en una situación de alivio de tragedia
· Incluir su información en un directorio del hospital. Si usted no esta disponible para decirnos su preferencia, por ejemplo si usted esta inconsciente, nosotros podemos proceder y compartir su información si nosotros creemos que esta en su mejor interés. Nosotros podríamos también compartir su información cuando necesite aminorar una seria y eminente amenaza a la salud o seguridad.

En estos casos nosotros nunca compartimos su información a menos que usted nos de permiso en escrito:

· Propósitos de mercadeo
· Venta de su información
· Compartiendo casi toda sus notas de psicoterapia

En los casos de recaudación de fondos:

· Nosotros podríamos contactarlo a usted para esfuerzos de recaudación de fondos, pero usted puede decirnos que no lo contactemos otra vez

¿Como nosotros hacemos típicamente usamos o compartimos su información de salud?

Nosotros típicamente usamos o compartimos su información de salud en las maneras siguientes.

Tratarlo a usted

· Nosotros podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales quienes lo están tratando a usted. Ejemplo: Un doctor tratándolo a usted por un daño, preguntando a otro doctor sobre su condición de salud total.

Dirigir nuestra organización

· Nosotros podemos usar y compartir su información de salud para dirigir nuestra practica, improvisar su cuidado, y contactarlo a usted cuando sea necesario. Ejemplo: Nosotros usamos su información de salud acerca de administrar su tratamiento y servicios.

Factura por sus servicios

· Nosotros podemos usar y compartir su información de salud para cobrar y obtener pago de planes de salud o otras entidades. Ejemplo: Nosotros damos información sobre usted a su plan de seguro medico para que este pague por sus servicios

¿Como también podemos nosotros usar o compartir su información de salud?

A nosotros se nos permite o requiere compartir su información en otras formas

- usualmente en formas que contribuyen al bien del publico, tal como salud publica e investigación. Nosotros tenemos que cumplir varias condiciones en la ley antes que nosotros podamos compartir su información para estos propósitos. Para mas información vea: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

· Nosotros podemos compartir información de salud sobre usted por ciertas situaciones tales como:
· Prevenir enfermedades
· Ayudar con productos retirados del mercado
· Reportar reacciones adversas a medicamentos
· Reportar sospecha de abuso, negligencia, o violencia domestica
· Previniendo o reduciendo amenazas serias de salud o seguridad de cualquier persona.
· Nosotros podemos usar o compartir su información para investigación de salud
· Nosotros compartiremos información sobre usted si el estado o leyes federales lo requieren, incluyendo con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quieren ver que estamos cumpliendo con leyes federales de privacidad.
· Para propósitos de cumplimiento de la ley o con un oficial de la ley
· Con las agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por ley
· Para funciones especiales de gobierno tales como militares, seguridad nacional, y servicios de protección presidenciales
· Nosotros podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una corte o orden administrativa, o en respuesta a una comparecencia

Nuestras Responsabilidades:

· Nosotros somos requeridos por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida
· Nosotros le haremos saber prontamente si un incumplimiento ocurre que pudiera haber comprometido la privacidad o seguridad de su información
· Nosotros necesitamos seguir los deberes y practicas de privacidad descritas en este aviso y darle a usted una copia de esto a usted
· Nosotros no usaremos o compartiremos su información otra que no sea descrita aquí a menos que usted nos diga a nosotros que podemos en escrito. Si usted nos dice a nosotros que podemos, usted puede cambiar de opinión en cualquier tiempo. Háganos saber en escrito si usted cambia de opinión.
· Nosotros no usamos o divulgamos información de salud por cualquier información no incluida en nuestra póliza de privacidad sin su autorización.

This Notice of Privacy Practices applies to the following organizations:
Packer Health Clinic
To report a violation, you may contact the Privacy Officer below:
Suzanne Sumner, RN, BSN
Colquitt County School Nurse Coordinator
229-890-6194/ Suzanne.sumner@colquitt.k12.ga.us