

## FORMULARIO A: Consentimiento Informado para Servicios de Telemedicina

---

Nombre del estudiante:

Fecha de nacimiento:

Lugar donde se encuentra el estudiante:

Médico de atención primaria:

Lugar:

Farmacia del estudiante:

Lugar:

### Introducción

El Distrito Escolar de la Ciudad de Orrville (“Orrville”) ha establecido un programa para ofrecer a los estudiantes atención médica por medio de telemedicina. El objetivo del programa de telemedicina es permitir a los profesionales de salud localizados en Aultman Orrville Hospital entregar servicios de consulta y afines, por medio de telemedicina, a los estudiantes localizados en cada una de las tres sedes de Orrville. Los profesionales de salud pueden incluir doctores, profesionales de salud de atención primaria y/o enfermeras especializadas certificadas, especialistas, y/o subespecialistas.

### Beneficios que se Esperan de los Servicios de Telemedicina:

- Mejor acceso a atención médica al permitir que el estudiante permanezca en su colegio mientras el Profesional de Salud entrega una consulta desde una sede distante/otras sedes del Profesional de Salud.
- Evaluación y administración médica más eficientes.
- Obtención de servicios de un especialista experimentado a distancia.

### Riesgos Posibles de Servicios de Telemedicina:

- En casos aislados, la información que se transmite puede ser insuficiente (por ejemplo: baja resolución de imágenes) para permitir la toma de decisiones médicas apropiadas por parte del Profesional de Salud y consultor(es).
- Podrían producirse retrasos de evaluación y tratamiento médicos debido a deficiencias o fallas del equipo.
- En casos aislados, una falta de acceso al expediente médico completo puede resultar en interacciones adversas de fármacos o reacciones alérgicas o en otros errores en las decisiones.

**Al firmar este formulario, entiendo y reconozco lo siguiente:**

1. Entiendo que tengo el derecho de retener o retirar en cualquier momento mi consentimiento para el uso de telemedicina en el transcurso de mi cuidado, sin que afecte mi derecho a cuidado o tratamiento en el futuro.

2. Entiendo que pueden estar a mi disposición una variedad de métodos alternativos de cuidado médico, y que puedo escoger uno o más de estos en cualquier momento. Se le insta preguntar al Profesional de Salud Consultante que le explique las alternativas a su entera satisfacción.

3. Entiendo que la telemedicina puede involucrar comunicación electrónica de mi información médica personal a otros profesionales de salud que pueden estar localizados en una ubicación diferente a la mía, y que detalles de mi historial clínico, exámenes, radiografías, y pruebas pueden ser discutidos con el profesional de salud que está en una ubicación diferente a la mía.

4. Entiendo que puedo esperar los beneficios que se anticipan del uso de la telemedicina para mi cuidado, pero no se puede garantizar ni asegurar ningún resultado.

5. He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Aultman Orrville Hospital.

**Consentimiento para el Uso de Telemedicina**

Como Representante Legalmente Autorizado del estudiante, consiento a que el estudiante que suscribe reciba servicios de telemedicina. Entiendo que se garantizará la confidencialidad entre el estudiante y los Profesionales de Salud en instancias específicas conforme con la ley, y que se instará a los estudiantes a involucrar a sus padres o tutores en consejería y decisiones de cuidado médico. Los servicios de teleconsulta pueden incluir, de manera enunciativa más no limitativa:

- Recetar medicamentos
- Órdenes médicas para pruebas de laboratorio básicas para amigdalitis estreptocócica (prueba rápida de estreptococo y cultivo de frotis de la garganta)
- Órdenes de interconsulta que el centro de bienestar radicado en el colegio no entrega
- Educación sanitaria y consejería para prevención de riesgos

Entiendo que, si el Representante Legalmente Autorizado no firma este formulario y no lo entrega a Orrville, los servicios de telemedicina no se le brindarán al estudiante en cuestión.

Yo además entiendo y estoy de acuerdo con que este consentimiento informado para servicios de telemedicina bastará a modo de consentimiento informado para servicios de telemedicina que se le brinden en el futuro al estudiante en Orrville.

Nº de identificación del estudiante: \_\_\_\_\_

Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

*(por favor escriba su nombre en letra imprenta y firme)*

Representante

Legalmente Autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación del Representante Legalmente Autorizado con el estudiante: \_\_\_\_\_

A no ser que esta casilla esté marcada  y las iniciales escritas \_\_\_\_\_, usted por el presente documento permite que Orrville y Aultman Orrville Hospital brinden servicios de telemedicina al estudiante sin que usted esté presente o participando.

**Por favor envíe por FAX el formulario firmado al (330) 684-2075 y coloque el original en el Expediente Permanente del Estudiante.**

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN**

**Autorización del Estudiante para Uso y Revelación de Información Médica Protegida**

Nombre del estudiante:

Fecha de nacimiento:

Nº de identificación del estudiante:

Al firmar este formulario y por el presente documento autorizo a Aultman Orrville Hospital ("Orrville Hospital") a revelar información médica acerca de mí a cualquier empleado del Distrito Escolar de la Ciudad de Orrville ("Orrville") y a mis padres/representantes autorizados para tratamiento, pagos, u operaciones de atención médica. Entiendo que cualquier información médica revelada por Orrville Hospital al Distrito Escolar de la Ciudad de Orrville conforme con esta autorización puede incorporarse a mi expediente académico escolar a la que pueden acceder terceros legalmente autorizados para ver dicho expediente.

Esta autorización le permite a Orrville Hospital a usar y/o revelar información médica protegida acerca de mí, incluyendo, de manera enunciativa más no limitativa, todas las notas de doctores, enfermeras, psicólogos, consejeros, y de otras personas que han brindado o que están brindando atención médica al que suscribe más bajo, todos los registros radiológicos y patológicos, y otra información sensible (incluyendo información de VIH/ETS, información de pruebas genéticas, información de salud mental, e información de toxicomanía por alcohol y drogas). Pese al amplio alcance de la solicitud de revelación que precede, el que suscribe no autoriza la revelación de "notas de psicoterapia" como se define dicho término en la Ley de Portabilidad y Contabilidad de los Seguros de Salud ("HIPAA").

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando una notificación escrita a Aultman Orrville Hospital, ATTN: Medical Records Department en 832 South Main Street, Orrville, OH 44667. Entiendo que una revocación no rige aquella información que ya se ha usado y revelado como consecuencia de esta Autorización. Orrville Hospital no condicionará mi tratamiento o el pago de mi tratamiento basado en si doy o no doy autorización para el uso o revelación solicitada. También entiendo que tengo derecho a una copia de esta Autorización.

Entiendo que la información que se use o revele conforme con esta Autorización puede ser usada o revelada por el destinatario y puede no estar ya protegida por leyes federales o estatales.

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante:

\_\_\_\_\_  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Legalmente Autorizado:

\_\_\_\_\_  
Fecha:

Si está firmada por el Representante Legalmente Autorizado, escriba su nombre y describa su autoridad para proceder a nombre de la persona que figura abajo (Por ejemplo: padre, tutor legal, poder notarial para cuidado médico, etc.)

\_\_\_\_\_

Formulario C: **Autorización FERPA**

Nombre del estudiante:

Fecha de nacimiento:

Nº de identificación del estudiante:

El propósito de esta Autorización es permitirle al Distrito Escolar de la Ciudad de Orrville ("Orrville") a entregar toda información personal identificable guardada en el expediente académico del estudiante (incluyendo cualquier información relacionada con la salud o de otra índole que mantiene la enfermera de los colegios de Orrville) a (i) mis padres y/o Representante Legalmente Autorizado (a no ser que esté restringido por ley) y a (ii) Orrville Hospital para que Orrville Hospital me pueda brindar servicios de tratamiento de telemedicina.

La Ley de los Derechos Educativos de la Familia y de Privacidad ("FERPA") es una Ley Federal que protege la privacidad del expediente académico del estudiante. Conforme con FERPA, Orrville revelará información del expediente educacional con el consentimiento escrito del estudiante, o del Representante Legalmente Autorizado.

Al firmar este documento, estoy dando mi consentimiento a que oficiales de Orrville puedan entregar y discutir el contenido total de mis expedientes académicos, incluyendo información personal identificable de dichos expedientes, con los representantes de Orrville Hospital. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento enviando una notificación escrita a Megan Steiner, School Nurse, 815 North Ella Street, Orrville, OH, 44667.

Entiendo que una revocación no rige aquella información que ya se ha usado y revelado como consecuencia de esta Autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante:

\_\_\_\_\_  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Legalmente Autorizado:

\_\_\_\_\_  
Fecha:

Si está firmada por el Representante Legalmente Autorizado, escriba su nombre y describa su autoridad para proceder a nombre de la persona que figura abajo (Por ejemplo: padre, tutor legal, poder notarial para cuidado médico, etc.)

\_\_\_\_\_