

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del niño (apellido, primer nombre, segundo nombre) \_\_\_\_\_ Hombre () Mujer ()

Fecha de nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Núm. de seguro social \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

El niño vive con:  La madre  El padre  El tutor/otra persona: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de residencia del niño (ciudad, estado, código postal): \_\_\_\_\_

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_ Esquina de las calles: \_\_\_\_\_ Pediatra/médico de cabecera: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Distrito escolar: \_\_\_\_\_

Raza/Etnia (seleccione el grupo que corresponda):  Latino/hispano  Asiática  Negra/Afroamericana  Blanca/caucásica  Otra

Alergias a los medicamentos: \_\_\_\_\_ Historial médico: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono principal: \_\_\_\_\_ Teléfono alterno: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del tutor: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ No me contacten por correo electrónico:

PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA. En caso de emergencia, ¿con quién nos debemos comunicar? \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Children's Health Pediatric Group puede divulgar información *médica* y de *facturación* a esta persona.  Sí

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

¿El paciente tiene cobertura de seguro médico?  Sí  NO ¿El paciente tiene cobertura de seguro de Medicaid?:  Sí  NO

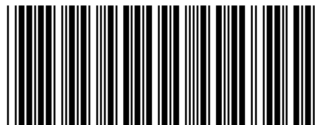
Nombre de la persona responsable del pago de las facturas  La madre  El padre  Otra: \_\_\_\_\_ Teléfono principal: \_\_\_\_\_

Dirección de residencia:  La misma del niño  Otra (ciudad, estado, código postal) \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza de seguro médico  El niño  La madre  El padre  Otra: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Nombre del seguro médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Núm. de identificación del seguro médico: \_\_\_\_\_ Núm. de grupo: \_\_\_\_\_



CONSENT  
CMC76921-001NS Rev. 1.2017

Consentimiento general para Servicios de  
Telemedicina / Visitas Virtuales y reconocimientos  
General Consent for Telemedicine Services /  
Virtual Visit and Acknowledgements

NÚM EXP MÉD. \_\_\_\_\_ NÚM. CTA. \_\_\_\_\_  
PACIENTE \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_ LUGAR \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

Consentimiento para Servicios de Telemedicina / atención médica y tratamientos por medio de Visitas Virtuales

**Consentimiento general:** doy consentimiento para que un hospital, instalación, entidad o programa del Children's Health System of Texas (Children's Health), proporcionen atención y tratamiento al Paciente, que puede definirse como yo, mi hijo o un niño del que tengo la tutela legal, por medio de los Servicios de Telemedicina (también referida como Visita Virtual). Los Servicios de Telemedicina pueden ser suministrados por médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud empleados, contratados o afiliados al Children's Health (los Profesionales de Telemedicina) y pueden incluir evaluación, diagnóstico, consulta y tratamiento de la enfermedad del Paciente utilizando tecnología avanzada de telecomunicaciones. Estoy de acuerdo en que, al firmar este formulario, doy consentimiento para que el Paciente reciba Servicios de Telemedicina en mi ausencia. Entiendo que entre los Servicios de Telemedicina se incluye la realización de fotos y videos del Paciente con fines de intervenciones quirúrgicas, mejoras en la calidad, investigación y educación. Entiendo que el Children's Health es una institución docente y estoy de acuerdo en que los médicos residentes, médicos en subespecialización y estudiantes, entre otros sujetos autorizados, puedan observar y participar en los Servicios de Telemedicina bajo la supervisión adecuada.

Entiendo que entre los Servicios de Telemedicina están audio interactivo, video u otros medios electrónicos, y que existen tanto riesgos como beneficios de recibir tratamiento vía Telemedicina. Entiendo que los Profesionales de Telemedicina (i) pueden estar en un lugar distinto de donde está el Paciente, (ii) examinarán al Paciente cara a cara por medio de presencia remota, pero no le realizarán una exploración física al utilizar los Servicios de Telemedicina y (iii) deben basarse en la información que proporcionen el Paciente y cualquier otro(s) profesional(es) de la salud que estén presentes con el Paciente. Además, entiendo que los Servicios de Telemedicina podrían estar limitados o no estar disponibles debido a fallas tecnológicas o del equipo, información incompleta o imprecisa para realizar los Servicios de Telemedicina o distorsiones de las imágenes o de otra información recibida por transmisiones electrónicas. Reconozco que no se puede responsabilizar a los profesionales de salud de telemedicina por consejos, recomendaciones o decisiones basadas en factores fuera de su control, tales como información incompleta o imprecisa proporcionada por el Paciente u otras personas, o distorsiones de las imágenes de diagnósticos o muestras que pudieran ser resultado de la transmisión electrónica.

Si los Profesionales de Telemedicina determinan que los Servicios de Telemedicina no son los adecuados a las necesidades médicas del Paciente, el Profesional de Telemedicina remitirá al Paciente para una evaluación médica en la dirección de otro profesional de salud. Si después de recibir los Servicios de Telemedicina, el Paciente experimenta una situación emergente o urgente, como una reacción adversa a cualquier tratamiento, o si la sesión de telemedicina se interrumpe a causa de una falla tecnológica o del equipo, se podrían necesitar otros tratamientos alternos y consultaré a los profesionales de salud del Paciente para obtener los cuidados de seguimiento y la ayuda que sea necesaria.

Entiendo que se toman precauciones para proteger la confidencialidad de la información médica del Paciente mediante la prevención de divulgaciones no autorizadas; sin embargo, entiendo y reconozco que la seguridad de la transmisión electrónica de datos, imágenes de video e información de audio no puede garantizarse y la confidencialidad puede verse comprometida debido a interferencias ilegales o indebidas.

**Profesionales independientes:** los profesionales de salud de telemedicina pueden ser médicos independientes o profesionales de la salud que no trabajen para el Children's Health. Reconozco que el Children's Health no se hace responsable por las opiniones, comportamiento o atención médica por parte de los médicos independientes o profesionales de la salud.

**Sin garantías:** reconozco que no se han dado garantías respecto a los Servicios de Telemedicina que se proporcionen en el Children's Health. Entiendo que todos los materiales, dispositivos médicos y otros bienes proporcionados al Paciente, los proporciona el Children's Health **TAL COMO ESTÁN** y que Children's Health deniega cualquier garantía expresa o implícita.

**Mensajes de texto:** entiendo que el Children's Health podrá enviar notificaciones a mi teléfono móvil. Reconozco que se cobrarán las tarifas y los cargos normales por mensajes de texto y que estos mensajes emplean una red telefónica pública, por lo que no se garantiza su total seguridad. Entiendo que necesitare proteger mi teléfono con una clave o número de identificación para evitar que otra persona con acceso a mi teléfono pueda ver dichos mensajes. Entiendo que no puedo usar los mensajes de texto para informarle al Children's Health sobre las necesidades de atención médica del Paciente.

**Vigencia del consentimiento:** entiendo y estoy de acuerdo con que este consentimiento para Servicios de Telemedicina y tratamiento sea válido: 1) para el servicio de Salud Escolar de Telemedicina durante el año escolar en curso y 2) para todos los demás Servicios de Telemedicina o Visitas Virtuales, para las visitas presentes y futuras durante un año a partir de la fecha de la firma, a menos que yo lo revoque por escrito antes de ese plazo.

**Certifico que he leído y entiendo la información en este formulario de consentimiento para los Servicios de Telemedicina, Visitas Virtuales y tratamiento.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre o representante legal\*

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del paciente, padre o representante legal

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente

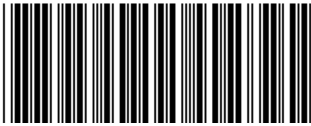
\_\_\_\_\_  
Firma del testigo\*\*

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

\* Uno de los padres o el representante legal debe firmar si el Paciente es menor de 18 años de edad.  
\*\*El testigo debe ser un adulto, mayor de dieciocho (18) años, estar en su sano juicio y no ser parte del tratamiento médico



CONSENT

CMC76921-001NS

Rev. 1.2017

Consentimiento general para Servicios de Telemedicina / Visitas Virtuales y reconocimientos
General Consent for Telemedicine Services / Virtual Visit and Acknowledgements

NÚM EXP MÉD. \_\_\_\_\_ NÚM. CTA. \_\_\_\_\_

PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_ LUGAR \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

Información médica protegida. Aviso sobre prácticas de privacidad: el Aviso sobre prácticas de privacidad de Children's Health expone cómo Children's Health puede utilizar y divulgar la información médica protegida (PHI, siglas en inglés) del Paciente con fines de tratamiento, pago y operaciones de la salud, así como para otros propósitos permitidos o exigidos por la ley.

Uso y divulgación de información: entiendo que los expedientes médicos del Paciente son confidenciales y que los datos que contienen no pueden ser divulgados sin mi autorización por escrito, excepto cuando lo autorice la ley. Las divulgaciones autorizadas están indicadas en el Aviso sobre prácticas de privacidad. Entiendo que la información médica del Paciente comprende información actual, pasada y futura, y que puede incluir pruebas genéticas o asesoramiento, información sobre enfermedades contagiosas como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), registros relacionados con tratamientos de enfermedades mentales o psiquiátricas y diagnóstico y tratamiento por abuso del alcohol o drogadicción (Información Médica).

Compartición de información médica por medios electrónicos: autorizo a Children's Health a usar la Información Médica del Paciente para fines de tratamiento, pago, operaciones normales relacionadas con la atención de la salud (en conjunto denominados los Propósitos) o como lo permita la ley. Reconozco que Children's Health divulgará y enviará la Información Médica del Paciente a terceros, por medios electrónicos u otros, a terceros para los Propósitos que describe el presente o como lo permita la ley.

Intercambio de información Médica: Children's Health participa en ciertos programas de intercambio de información médica (HIE, siglas en inglés) para almacenar e intercambiar Información Médica del Paciente. La Información Médica del Paciente de proveedores de cuidados médicos distintos de Children's Health que han dado tratamiento al Paciente también se almacena y comparte en los HIE y Children's Health, así como esos otros proveedores, puede utilizar los HIE para ver la Información Médica del Paciente para los Propósitos descritos en este documento, para coordinar la atención al paciente y como lo permita la ley.

No quiero que la Información Médica del Paciente sea compartida con los HIE. Sin embargo, entiendo que si la ley exige que la Información Médica se comparta con los HIE, Children's Health deberá cumplir con la ley. Además, entiendo que cierta Información Médica podrá ser compartida con los HIE de manera tal que no se identifique al Paciente.

Responsabilidad financiera y cesiones. Responsabilidad financiera: acepto pagar la totalidad de los cargos facturados en relación con los bienes y servicios proporcionados al Paciente, independientemente de cualquier pago de beneficios o seguro correspondiente y entiendo que todos los montos adeudados deben pagarse a solicitud de Children's Health y de cualquier profesional que preste servicios al Paciente en algún hospital, instalación, entidad o programa de Children's Health (junto con los Profesionales de Telemedicina, los Profesionales). Salvo en la medida en que lo prohíba la ley, acepto pagar todos los cargos no cubiertos y los cargos cubiertos que no hayan sido abonados en su totalidad por el plan de beneficios o seguro correspondiente, lo que incluye cargos pagaderos como coseguro, deducibles y beneficios no cubiertos a causa de exclusiones, limitaciones de la póliza o el plan, o el incumplimiento de los requisitos del plan o del seguro.

Solo para pacientes de Medicare y Medicaid: entiendo que es posible que los bienes y servicios que el suscrito o el Paciente solicite para ser proporcionados al Paciente no estén cubiertos por Medicare o Medicaid como productos y servicios razonables y necesarios desde el punto de vista médico para la atención del Paciente. Comprendo que Medicare y Medicaid o su agente de seguros determinan la necesidad médica de los bienes y servicios que se solicitan para el Paciente. Si Medicare o Medicaid indican que determinados bienes y servicios no son necesarios desde el punto de vista médico para la atención del Paciente y los solicito igualmente a pesar de la negativa de Medicare o Medicaid, entiendo que seré exclusivamente responsable de pagar dichos bienes y servicios.

Aviso a los pacientes. Información sobre terceros pagadores (miembro de plan médico): reconozco que, según la información que proporcioné sobre cobertura por terceros, el seguro o el plan de beneficios del Paciente, Children's Health ES / NO ES un proveedor participante en la cobertura de terceros pagadores, seguro o plan de beneficios del Paciente.

Cesión de beneficios: cedo de manera irrevocable y transfiero directamente a Children's Health y a cualquier Profesional todos los beneficios, intereses y derechos, incluyendo derechos de demandas, reclamos por incumplimiento de ERISA (Employee Retirement Income Security Act) u otros redamos legales o administrativos y el derecho a exigir el pago por cualquier póliza de seguros, planes de beneficios, planes de indemnización, planes de salud prepagados, pólizas de responsabilidad de terceros o los beneficios proporcionados por otro pagador en nombre del Paciente por bienes y servicios proporcionados al Paciente por parte de Children's Health y los Profesionales. También autorizo el pago directo a Children's Health y a los Profesionales por los bienes y servicios que proporcionen al Paciente. Autorizo al abogado, asegurador o administrador del plan del Paciente a permitir el acceso a Children's Health y a los Profesionales a todos los documentos del plan, descripción resumida de los beneficios, póliza de seguros o información del acuerdo, en tanto Children's Health o los Profesionales lo soliciten por escrito para reclamar beneficios médicos.

Por medio de esta cesión, transfiero a Children's Health y a los Profesionales todos mis derechos a reclamar o embargar beneficios relacionados con los bienes y servicios prestados por Children's Health y los Profesionales al Paciente, incluso los derechos con respecto a cualquier acuerdo, seguro o indemnizaciones legales o administrativas, incluidos los daños y perjuicios originados por los reclamos por incumplimiento de ERISA y el derecho a apelar o continuar reclamos denegados o demorados. Children's Health y los Profesionales tendrán derecho a (1) obtener toda la información con respecto al reclamo; (2) presentar pruebas; (3) realizar declaraciones sobre los hechos o la ley, (4) realizar cualquier solicitud, entre estas, entregar o recibir avisos de apelación; (5) participar en cualquier acción administrativa y judicial y presentar reclamos, derechos de demandas o derechos contra partes responsables, compañías de seguros, planes de beneficios o administradores de planes. Children's Health y los Profesionales podrán presentar demandas contra cualquiera de estos planes de beneficios, administrador de plan o compañía de seguros en mi nombre y/o el del Paciente en relación de dependencia conmigo y/o el Paciente. Esta cesión no constituye ni deberá ser interpretada como si constituyera una obligación por parte de Children's Health o los profesionales a demandar estos intereses y derechos.

Hago constar que he leído y comprendo la información en los Reconocimientos de Información Médica Protegida y Responsabilidad Financiera y que he recibido el Aviso sobre prácticas de privacidad de Children's Health.

Firma del paciente, padre o representante legal\*

Fecha

Hora

Nombre en letra de molde del paciente, padre o representante legal

Parentesco con el paciente

Firma del testigo\*\*

Nombre en letra de molde

Fecha

Hora

\* Uno de los padres o el representante legal debe firmar si el Paciente es menor de 18 años de edad.
\*\*El testigo debe ser un adulto, mayor de dieciocho (18) años, estar en su sano juicio y no ser parte del tratamiento médico



CONSENT

CMC76921-001NS

Rev. 1.2017

Consentimiento general para Servicios de  
Telemedicina / Visitas Virtuales y reconocimientos  
General Consent for Telemedicine Services /  
Virtual Visit and Acknowledgements

NÚM EXP MÉD. \_\_\_\_\_ NÚM. CTA. \_\_\_\_\_

PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_ LUGAR \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

**AVISO SOBRE DENUNCIAS**

Las denuncias relacionadas con los médicos, así como con los titulares e inscritos en la Directiva Médica de Texas, incluyendo auxiliares médicos, acupunturistas y auxiliares quirúrgicos, pueden presentarse para posterior investigación en la siguiente dirección:

**Texas Medical Board  
Attention: Investigations  
333 Guadalupe, Tower 3, Suite  
610 P.O. Box 2018, MC-263  
Austin, Texas 78768-2018**

Si necesita ayuda para presentar alguna denuncia, llame al siguiente número de contacto:

**1-800-201-9353**

Para más información, consulte

**[www.tmb.state.tx.us](http://www.tmb.state.tx.us)**