

Estimado padre o tutor legal,

Favor de firmar los documentos adjuntos y entréguelos a la enfermera u oficina de salud de la escuela para que ellos nos los vuelvan a enviar por fax.

Si usted prefiere enviarnoslos por fax, el número es (585) 461-1231.

Estos documentos nos dan permiso durante un año para ofrecer atención a su niño/a a través de telemedicina mientras esté en la escuela. Se firma el documento al principio del año. Aún le llamaremos en cada consulta individual para obtener su consentimiento verbal.

El formulario de divulgación de información (“Release of Information”) nos permite intercambiar información de las consultas de telemedicina con su pediatra y/o enfermera escolar. Este consentimiento es voluntario.

Si tiene preguntas, no dude en comunicarse con el coordinador de telemedicina del consultorio pediátrico en Golisano Children's Hospital al (585)275-7591.

¡Gracias!



HIGHLAND HOSPITAL
FF THOMPSON HOSPITAL
STRONG MEMORIAL HOSPITAL

AUTORIZACION CONSULTA
DE TELEMEDICINA
SH 419TELE MR



419

Este consentimiento es para todos los servicios de telemedicina para las siguientes condiciones: _____

1. Comprendo que mi proveedor de atención médica desea que participe en una cita / consulta de telemedicina para evaluar mi estado de salud.
2. Mi proveedor de atención médica me explicó que durante esta cita / o consulta se utilizará tecnología de videoconferencia y / o la transmisión electrónica de mi información de salud, como imágenes, fotos y sonidos radiológicos, y no será lo mismo que una cita en clínica con proveedor de atención médica debido a que no estaré presente físicamente en la misma habitación que mi proveedor de atención médica.
3. Comprendo que existen riesgos asociados con el uso de la tecnología, tales como interrupciones, dificultades técnicas e incapacidad para obtener información suficiente para la toma de decisiones sobre mi problema de salud y que se tomarán todas las precauciones posibles para minimizar estos riesgos. Además, mi proveedor de atención médica o yo podemos suspender la visita de telemedicina si consideramos que la información obtenida a través de la conexión no es adecuada para la toma de decisiones de diagnóstico o para diagnosticar, tratar y controlar mis problemas de salud. En ese caso, haremos lo posible por encontrar un espacio donde se pueda brindar la atención requerida, como el consultorio médico u otro espacio donde se pueda brindar atención médica en persona.
4. Comprendo que, mi información de atención médica se podrá compartir con otras personas para programar otras citas y el cobro por servicios prestados. Aparte de mi proveedor de atención médica y su supervisor, puede que hay otras personas presentes durante la consulta, encargados del funcionamiento del equipo de video. Todas las personas antes mencionadas mantendrán la confidencialidad de la información a la que tendrán acceso. Además, entiendo que se me informará de su presencia en la cita / consulta y, por lo tanto, tendré derecho a solicitar lo siguiente:
 - a) Omitir detalles específicos de mi historial médico / examen físico que pudieran ser personalmente delicados;
 - b) Solicitar al personal no médico que abandone la sala de examen de telemedicina; y / o
 - c) Terminar la consulta en cualquier momento
5. Me han explicado las alternativas a una cita / consulta de telemedicina. Al elegir participar en una consulta / cita de telemedicina, entiendo que algunas partes de la visita, como el examen físico, pueden ser realizadas por alguna persona en mi ubicación, bajo la dirección del proveedor de atención médica, según el indique.
6. Comprendo que, en una consulta de emergencia aun especialista, la responsabilidad del especialista al que se le consulta a través de telemedicina es asesorar a mi proveedor de asistencia médica local y que la responsabilidad del especialista concluirá al finalizar la conexión de la videoconferencia.
7. Comprendo que, dependiendo de factores como mi ubicación, mi seguro de salud y los servicios que estoy recibiendo, pudiera recibir facturas por servicios tanto por parte de mi proveedor de atención médica así como de la clínica a la que me presento para mi cita. Si mi seguro de salud es Medicaid y estoy recibiendo servicios de tele psiquiatría en una ubicación autorizada por la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York, comprendo que solo se facturarán los servicios del centro en el que fui atendido.
8. He tenido una conversación directa con mi proveedor de atención médica, durante la cual tuve la oportunidad de hacer preguntas con respecto a este procedimiento. Mis preguntas han sido contestadas y los riesgos, beneficios y cualquier alternativa práctica han sido discutidos conmigo en un idioma en el que entiendo.

Al firmar este formulario, certifico que:

- He leído o alguien me leyó este formulario y / o alguien me ha explicado este formulario.
- Comprendo completamente su contenido, incluidos los riesgos y beneficios de la cita / consulta de telemedicina.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas y me han contestado las mismas a mi completa satisfacción.
- Autorizo para que se realice esta cita/ consulta de telemedicina.
- He recibido la Notificación de prácticas de privacidad el Centro Médico de la Universidad de Rochester y sus afiliados.

Firma de Paciente/Padres/Tutor

Fecha

Hora

A COMPLETAR POR EMPLEADO

No firma debido a:

- No es práctico/ autorización verbal
- Debido a estado/capacidad del paciente/
- No tiene representante legal.

Firma empleado

Fecha

Hora

SH 48GP-PR-MR Autorización para divulgar información o imágenes médicas al público general

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código postal: _____
N.º de teléfono del paciente: (): _____ Número de historia clínica: _____

- Autorizo a URMC y a sus centros afiliados a divulgar al público general información sobre mi diagnóstico, tratamiento y pronóstico con los siguientes propósitos: (*marque todo lo que corresponda*)
- Publicaciones publicitarias o educativas de URMC y sus centros afiliados.
 - Educación de proveedores de atención médica fuera de URMC y sus centros afiliados (conferencias externas, publicaciones, clases, etc.).
 - Cobertura de noticias en los medios.
NOTA: Si no se trata de una divulgación general a todos los medios, especifique por qué medios se divulgará.

 - Otro (*describa*): Mary Cariola

TIPO DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA QUE SE DIVULGARÁ:

Información específica (seleccione uno o más, según corresponda)

- Descripción oral o escrita del paciente sobre la experiencia de atención o sobre el tratamiento, la afección o la lesión.***
- Descripción oral o escrita del proveedor sobre la atención brindada y el pronóstico para el tratamiento, la lesión o la enfermedad.***
- Imagen del paciente (foto, video, etc.).
- Otro tipo de divulgación del tratamiento, la enfermedad o la lesión*** (*describa*): Telemedicine Visits

*** Especifique la enfermedad o lesión.

*** Fecha(s) de tratamiento

VALIDEZ DE LA AUTORIZACIÓN: (si no se marca nada a continuación, esta autorización es válida solo para esta solicitud)

- Solo esta solicitud.
- Hasta (ingrese la fecha) One year from today.
- Esta solicitud y seguimientos futuros de la enfermedad o lesión descritos previamente, hasta: _____
(ingrese la fecha).

Entiendo que:

- Mi derecho a recibir tratamiento médico no está condicionado a esta autorización.
- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud *por escrito* a la dirección que aparece en la parte superior de este formulario, excepto cuando ya se haya hecho una divulgación sobre la base de mi autorización previa.
- Si la persona o instalación que recibe esta información no es un proveedor de seguro médico o de atención médica cubierto por las regulaciones de privacidad, la información mencionada anteriormente podría volver a divulgarse; con la excepción de que los registros protegidos por las Reglas Federales de Confidencialidad 42CFR, Parte 2 no pueden ser divulgados sin mi autorización por escrito, a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones.
- La divulgación de información relacionada con el VIH requiere una autorización adicional.

Firma del paciente o representante _____ Fecha _____

Relación con el paciente (*si es el representante*) _____

URMC/SH ROI // Aprobado 8/011 *Distribución:* Original para la historia clínica. Copia para el paciente a quien se solicita.

Esta autorización debe conservarse durante un mínimo de seis años más allá de los límites de validación.

STRONG MEMORIAL HOSPITAL
 ("STRONG")
ACUERDO DE ATENCIÓN MÉDICA
AL PACIENTE
SMH 660S MR



- Paciente Interno (*Inpatient*)
- Paciente Ambulatorio (*Outpatient*)
- Emergencia (*ED*)

Al firmar abajo, estoy de acuerdo con toda atención médica proveído por Strong o por mis profesionales tratantes:

1. **Autorización para tratamiento:** Si soy el paciente, doy mi consentimiento a procedimientos y a la atención médica, incluyendo fotografías y grabaciones, que recomiendan mis profesionales tratantes. Si firmo por el paciente, quien no puede firmar, autorizo los procedimientos y atención médica, incluyendo fotografías y grabaciones, que los profesionales tratantes recomiendan para el paciente. Si se me pregunta, informaré que tengo la autorización del paciente.
2. **Divulgación de información de historial clínico:** los profesionales del hospital Strong y URM/Strong pueden utilizar y divulgar información de salud del paciente para el tratamiento, pago y operaciones de la atención médica de la salud del paciente. Autorizo la divulgación de esta información a agencias de gobierno (como *Medicare* y *Medicaid*), compañías de seguro, planes de salud, agentes de revisión de la utilización de servicios médicos, asistencia médica residencial, institución de vida asistida, hogar de ancianos y proveedores principales de atención médica.
3. **Responsabilidad financiera:** Pagaré sin demora toda proveída atención medica del hospital y de profesionales. Si la factura no se paga en tiempo seré responsable por los honorarios del cobro, honorarios legales, costes del tribunal e intereses.
4. **Tercera parte pagadora:** Proveeré sin demora la información de potenciales seguros. Esto incluye, planes de seguro, seguros de todo riesgo y seguro de responsabilidad civil. Autorizo al hospital Strong y a los profesionales de URM/Strong el envío de facturas de toda atención médica proveída a las compañías responsables de cubrir el pago. Si Strong o un profesional no envía la reclamación para la fecha limite por yo no haber proveído la información en tiempo, pagaré por la atención médica aunque si hubiera tenido cobertura.
5. **Medicaid y otra asistencia:** Si no puedo pagar, los consejeros financieros de Strong pueden ayudarle en reunir los requisitos necesarios para obtener Medicaid u otra asistencia. Asistiré con la solicitud y proveeré la necesaria información. Mi solicitud se podría negar si no proveo la información a tiempo.
6. **Cuidado Caritativo (*Charity Care*):** Strong tiene un programa de *Charity Care* para personas que reúnen los requisitos necesarios quienes no tienen segura médico o no puedan pagar la factura. Tal vez tenga que solicitar Medicaid y cumplir con otros requisitos. (para más información llame al (585) 341-0023).
7. **Cesión de seguro a todo riesgo:** POR LA PRESENTE CEDO A STRONG Y URM TODOS LOS DERECHOS, PRIVILEGIOS Y REMEDIOS DE LOS CUALES TENGO DERECHO BAJO EL ARTÍCULO 51 (CLAUSURA DE SEGURO DE TODO RIESGO) DE LA LEY DE SEGUROS. ESTE ACUERDO SE HARÁ INVÁLIDO SI EN CUALQUIER MOMENTO SE DETERMINA QUE LOS BENEFICIOS NO SE PUEDEN PAGAR DEBIDO A LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS; FALTA DE COBERTURA, INCUMPLIMIENTO DE UNA CLAUSURA DE LA POLIZA O DETERMINACIÓN QUE LOS TRATAMIENTOS/SERVICIOS BRINDADOS NO SE RELACIONAN AL DICHO ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO. CUALQUIER PAGO SEGÚN ESTA CESIÓN NO DEBERÁ DE EXCEDER LOS COSTOS PERMISIBLES DE PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA BAJO DICHO ARTÍCULO 51. URM Y STRONG CERTIFICAN QUE NO HAN RECIBIDO NINGÚN PAGO DE O EN REPRESENTACIÓN DE LA PARTE AFECTADA Y DE NO PERSEGUIR EL COBRO DIRECTAMENTE DE LA PARTE AFECTADA POR SERVICIOS PROVEÍDOS DEBIDO A LOS DAÑOS SUFRIDOS EN RELACIÓN AL ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO.
8. **Estimación de costos:** un estimado de costos de la atención médica se pueden obtener llamando al (585)756-8548. Los profesionales y el personal del hospital no tienen autorización de cotizar el costo de la atención médica o de negociar el precio.
9. **Efectos personales:** los profesionales del hospital Strong y URM no son responsables por daños o pérdida de efectos personales.
10. **Derechos del paciente:** Si se me hospitaliza, recibiré información sobre mis derechos como paciente.
11. **Al dar de alta:** Cooperaré completamente con todo esfuerzo por parte de STRONG al tramitar que se me dé de alta con seguridad y a tiempo. Proveeré toda necesaria información financiera y personal requerida para planificar la salida de alta y solicitaré por Medicaid u otra asistencia necesaria para pagar pos-atención médica del hospital y para facilitar que se me dé de alta.
12. **Designación del cuidador:** (Paciente Hospitalizado solamente). Yo entiendo que puedo designar un cuidador o cuidadores que se incluirán en mi planificación de alta. Si me identifico un cuidador, entiendo que mi médico va a recibir información e instrucciones sobre la atención post-alta.

Firma _____

Fecha _____

Relación al paciente
 (Padres, tutor, conyugue, paciente, etc.) _____

A COMPLETAR POR PERSONAL:

No se obtuvo firma debido a:

- Condición/capacidad del paciente
- Sin representante
- Rehusó firmar

Directivas para atención médica:

- Poder especial para atención médica
- Testamento en vida Nombre del agente de cuidado de Salud _____
- DNR/MOLTS Ordenes de no resucitar
- Ninguno Se desconoce Núm. teléfono del agente de cuidado de Salud: _____

Declaración de derechos de los padres

Como padre, tutor legal o persona con la autoridad para tomar decisiones por un paciente pediátrico que recibe atención en este hospital, usted tiene derecho a lo siguiente:

- 1) Informar al hospital el nombre del médico de cabecera de su hijo, si se conoce, y tener esta información en el expediente médico de su hijo.
- 2) Tener la seguridad de que nuestro hospital solo admitirá pacientes pediátricos en la medida en que tenga la capacidad de proporcionar el personal calificado, el espacio y los equipos de tamaño adecuado que se necesiten para atender las necesidades singulares de los pacientes pediátricos.
- 3) Autorizar que al menos uno de los padres o tutores legales permanezca con el niño en todo momento, en la medida de lo posible, según las necesidades de salud y seguridad de su hijo.
- 4) Solicitar que un médico, asistente médico o practicante de enfermería que conozca la enfermedad de su hijo revise todos los resultados de las pruebas que se realicen durante la admisión o la consulta en una sala de emergencias.
- 5) Solicitar que no se le dé de alta a su hijo de nuestro hospital o sala de emergencias hasta que un médico, asistente médico o enfermera practicante revise todos los exámenes que, de manera razonable, se espera que arrojarán resultados de valores críticos y que estos resultados se le comuniquen a usted, a otras personas encargadas de tomar decisiones y a su hijo, si así corresponde. Los resultados de valores críticos son aquellos que indican una enfermedad que pone en riesgo la vida u otra enfermedad grave que requiere atención médica inmediata.
- 6) Solicitar que no se le dé de alta a su hijo de nuestro hospital o sala de emergencias hasta que usted o su hijo, si corresponde, reciban un plan de alta por escrito, que también se les comunicará de forma verbal a usted, a su hijo u otras personas encargadas de tomar decisiones médicas. En el plan de alta por escrito se incluirán específicamente todos los resultados críticos de laboratorio u otras pruebas de diagnóstico que se ordenen durante la estancia de su hijo, así como todas las demás pruebas que aún no se hayan realizado.
- 7) Recibir los resultados de valor crítico y el plan de alta de su hijo de forma tal que se garantice de manera razonable que usted, su hijo (si corresponde) u otras personas encargadas de tomar decisiones médicas entenderán la información médica proporcionada para tomar decisiones médicas adecuadas.
- 8) Pedir que se entreguen todos los resultados de laboratorio de esta hospitalización o consulta a sala de emergencias al médico de cabecera de su hijo, si se conoce.
- 9) Solicitar información sobre los diagnósticos o posibles diagnósticos que se consideraron durante este episodio de atención y las complicaciones que podrían desarrollarse, así como la información sobre cualquier comunicación que se haya sostenido con el médico de cabecera de su hijo.
- 10) Obtener un número telefónico al que puede llamar luego de que se le dé de alta a su hijo del hospital o del departamento de emergencias, para obtener asesoría en caso de complicaciones o preguntas que surjan sobre la enfermedad de su hijo.

Public Health Law (Ley de Salud Pública, PHL) 2803(i)(g) Patient's Rights (Derechos de los pacientes) 10NYCRR, Sección 405.7



Department
of Health

Declaración de derechos del paciente

Como paciente de un hospital del estado de Nueva York, de acuerdo con la ley, usted tiene derecho a:

- (1) Comprender y usar estos derechos. Si por cualquier razón usted no entiende o necesita ayuda, el hospital DEBE proporcionarle asistencia, incluido un intérprete.
- (2) Recibir tratamiento sin discriminación por raza, color, religión, sexo, nacionalidad de origen, discapacidad, orientación sexual, fuente de pago o edad.
- (3) Recibir atención considerada y respetuosa en un ambiente seguro y limpio, libre de restricciones innecesarias.
- (4) Recibir atención de emergencia si la necesita.
- (5) Estar informado del nombre y el puesto del médico que estará a cargo de su atención en el hospital.
- (6) Conocer los nombres, los puestos y las funciones de cualquier miembro del personal que participe de su atención y rehusar su tratamiento, exámenes y observaciones.
- (7) Tener una habitación de no fumador.
- (8) Recibir información completa sobre su diagnóstico, tratamiento o pronóstico.
- (9) Recibir toda la información que necesita para dar un consentimiento informado sobre cualquier procedimiento o tratamiento propuesto. Esta información incluirá los posibles riesgos y beneficios del tratamiento o procedimiento.
- (10) Recibir toda la información que necesita para dar un consentimiento informado para una orden de no resucitación. También tiene derecho a designar a un individuo para que otorgue este consentimiento si usted se encuentra muy enfermo para hacerlo. Si desea obtener más información, solicite una copia del panfleto "Pautas para decidir acerca de la atención médica: Una guía para pacientes y familiares".
- (11) Rehusar el tratamiento y ser informado del efecto que esto podría tener en su salud.
- (12) Rehusarse a formar parte de una investigación. Cuando decida si quiere participar o no, tiene derecho a recibir una explicación detallada.
- (13) Tener privacidad mientras esté en el hospital y gozar de confidencialidad para toda la información y los expedientes relacionados con su atención.
- (14) Participar de todas las decisiones sobre su tratamiento y el alta del hospital. El hospital debe proporcionarle por escrito un plan de alta y una descripción de cómo apelar su alta.
- (15) Identificar a un encargado de cuidados que será incluido en su planificación de alta y en la entrega de información o instrucciones sobre cuidados después del alta.
- (16) Revisar sus expedientes médicos sin cobro alguno. Obtener una copia de su registro médico por el que el hospital le puede cobrar una tarifa razonable. No se le puede negar una copia debido a que no pueda pagarla.
- (17) Recibir una factura detallada y la explicación de los cargos.
- (18) Ver una lista de los cargos estándar del hospital para los artículos y servicios, así como los planes de salud con los que participa el hospital.
- (19) Usted tiene el derecho de cuestionar una factura inesperada por medio del proceso de Resolución de disputa independiente.
- (20) Presentar una queja sin miedo a represalias sobre su atención o los servicios que recibió y que el hospital le ofrezca una respuesta y, si lo solicita, que la respuesta sea por escrito. Si no está satisfecho con la respuesta del hospital, puede presentar un reclamo al New York State Department of Health. El hospital le debe proporcionar el número de teléfono del New York State Department of Health.
- (21) Autorizar a aquellos miembros de la familia y a otros adultos a los que les dé prioridad a que lo visiten de acuerdo a su capacidad para recibir visitas.
- (22) Tomar sus propias decisiones en cuanto a las donaciones anatómicas. Puede documentar sus deseos en su formulario de representación legal para la atención médica o en una tarjeta de donante, disponibles en el hospital.

Public Health Law (Ley de Salud Pública, PHL)2803 (1)(g) Patient's Rights (Derechos de los pacientes), 10NYCRR, 405.7,405.7(a)(1),405.7(c)