



**Estimados Padres / Tutores,**

En asociación con el **Distrito Escolar 214**, **eMD** proporcionará un rango limitado de servicios médicos hacia nuestros estudiantes, facultad y personal. Esto será a través de un **proveedor de práctica avanzada proporcionado por el Hospital Bob Wilson Memorial Hospital** y su servicio de Telemedicina. **eMD** puede proporcionar servicios médicos hacia su hijo/a similares a una cita médica regular, aceptando la mayoría de los seguros médicos para los servicios proporcionados. El objetivo de este programa es poder ofrecer acceso inmediato a una atención médica similar al servicio de una clínica urgente. Este programa no está destinado para reemplazar a su médico primario y debe ser considerado un servicio de atención médica suplemental. Si su hijo no tiene un médico de atención primaria, **eMD** puede proporcionar algunos servicios básicos o puede ayudar a localizar un médico pediatra en su área.

**Así es como el servicio médico funcionará para los niños inscritos en el servicio.**

Cuando la enfermera de la escuela identifique una enfermedad que requiere atención médica, la enfermera notificará al padre/tutor y ofrecerá la opción de organizar una visita de Telemedicina con un **proveedor de práctica avanzada del Hospital Bob Wilson Memorial**.

Antes de obtener la evaluación médica, la enfermera de la escuela hará varios intentos razonables para notificar al padre/tutor del estudiante con la información de contacto registrada. Si la enfermera de la escuela no puede hacer contacto con los padres y los formularios apropiados están en el archivo, la enfermera de la escuela determinará si debe continuar con el tratamiento basándose en los síntomas de su hijo y las quejas médicas.

**Como padre/tutor legal de un estudiante, usted da permiso para que su hijo utilice este programa con los siguientes requisitos:**

- Firmar el formulario de registro para autorizar la participación de su hijo;
- Copia de la parte delantera y trasera de la tarjeta de seguro;
- Devolver el formulario de inscripción y este formulario completo a la enfermera de la escuela.

Estamos seguros de que usted y su hijo disfrutarán en gran medida de la experiencia y el cuidado compasivo de una de nuestras **proveedoras de práctica avanzada del Hospital Bob Wilson Memorial**. Ellos proporcionarán un excelente cuidado tanto para nuestros estudiantes como para nuestra facultad. La proveedora de práctica avanzada trabajará en estrecha colaboración con cada enfermera de la escuela para proporcionar servicios médicos, tanto en persona como a través de una estación de Telemedicina móvil que está establecida en cada clínica escolar.

**Es importante tener en cuenta varios puntos clave:**

- Solo los estudiantes inscritos en la clínica escolar y el programa de telemedicina serán elegibles para recibir tratamiento en la escuela. Los padres/tutores deben completar y devolver el formulario de inscripción apropiado que se envía a casa y actualizar la información del seguro médico según sea necesario.
- Antes de una evaluación médica clínica o de telemedicina, la enfermera de la escuela hará intentos razonables para notificar al padre/tutor del estudiante con la información que tienen registrada. Si la enfermera de la escuela no puede hacer contacto con los padres/tutores, y los formularios apropiados están en el archivo, la enfermera de la escuela determinará si debe proceder con el tratamiento basándose en los síntomas del estudiante y las quejas médicas.
- Los padres/tutores tendrán la opción de estar presentes para la evaluación. Si usted no puede participar, usted recibirá una comunicación de seguimiento con respecto a la evaluación médica y el tratamiento del niño.

**¿Preguntas?**

Si tiene más preguntas o inquietudes, comuníquese con **Kristy Meier** al **(620)356-1261** o **Katrina Benyshek** al **(620)356-1690**.



## Registro de Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ #SS: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Escuela: \_\_\_\_\_

Etnicidad: (circule) Caucásico Africano Americano Nativo de Alaska Hispano/Latino Indio Americano/Nativo Asiático/Isleño del Pacífico  
Otro

Dirección De Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado Estudiante: SI NO Tiempo completo O tiempo parcial

Nombre del Padre & Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre & Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_

Nombre de Tutor Legal & Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia, por favor díganos de un amigo o pariente cercano (que no viva en la misma dirección) al cual podamos contactar.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de Doctor Principal del Paciente: \_\_\_\_\_

Persona Responsable de la Factura: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_

¿El Paciente tiene seguro médico? SI NO Farmacia Preferida \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono de Farmacia \_\_\_\_\_

**Por favor responda todo lo siguiente:**

**Seguro Médico Principal** Nombre de Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Cantidad de Copago: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Numero de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre De Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_

Relación del Paciente con Suscriptor: Propio Cónyuge Hijo/a OTRO: \_\_\_\_\_

**Seguro Médico Secundario** Nombre de Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Cantidad de Copago: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Numero de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre De Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_

Relación del Paciente con Suscriptor: Propio Cónyuge Hijo/a OTRO: \_\_\_\_\_

La información proporcionada en este formulario es verdadera e integra de acuerdo con mi conocimiento.

Yo, el subsiguiente (por favor indique las siguientes declaraciones):

- Doy permiso y consentimiento para tener tratamiento a través de y por eMD. Yo entiendo la naturaleza de este tratamiento, la manera que es proporcionado y los detalles y limitaciones de esta forma y estilo de tratamiento.
- Reconozco que he sido ofrecido una copia del aviso de Practicas de Privacidad
- Estoy de acuerdo en que seré responsable de todos los costos asociados con dicho tratamiento y que voy a proporcionar cualquier información de seguro médico según lo requerido. Todos los costos y cargos no cubiertos por el seguro serán mi responsabilidad. Además, autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar reclamos de seguro para el pago a eMD Anywhere, y autorizo el pago de beneficios de seguro a eMD por los servicios dados.
- Estoy acuerdo en divulgar todos los registros relacionados con este tratamiento a las partes mencionadas anteriormente: (ejemplo: doctor de cuidado primario del paciente)
- He leído la carta "Clínicas basadas en la escuela y Programa de Telemedicina" que describe los servicios de telemedicina de eMD en la clínica escolar.

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent or Legal Guardian/ Firma del Padre o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Date of Signature/ Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Signature of School Nurse (if verbal permission is obtained from the Parent or Legal Guardian) /  
Firma de la Enfermera Escolar (si se obtiene permiso verbal del Padre o Tutor Legal)

\_\_\_\_\_  
Date/ Time

## Cuestionario de Salud Estudiantil para eMD Anywhere

Los estudiantes deben tener permiso de los padres para ser vistos por eMD Anywhere.

\_\_\_\_\_

Apellido del estudiante

\_\_\_\_\_

Primer nombre

\_\_\_\_\_

Segundo nombre

¿Su hijo tiene alguna de las siguientes condiciones u otros problemas de salud

SI / NO Alergias, que no sean medicamentos (como picaduras de abejas o cacahuetes) – Si SI, Por favor liste:

\_\_\_\_\_

SI / NO Asma – Fecha del último ataque de asma \_\_\_\_\_

SI / NO Convulsiones– fecha de la última convulsión \_\_\_\_\_

SI / NO Problemas de visión

SI / NO Problemas auditivos

SI / NO Anemia de células falciformes

SI / NO Problemas cardíacos– si contesto SI, Por favor liste: \_\_\_\_\_

SI / NO Trastornos de sangrado

SI / NO Problemas ortopédicos (huesos o articulares)

SI / NO Ansiedad/Depresión

SI / NO Operaciones y/o Hospitalizaciones – Fechas (detalles a continuación)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SI / NO Enfermedades en hermanos

Otro – Por favor Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Su hijo está tomando algún medicamento?

NO

SI – Por favor liste: \_\_\_\_\_

¿Su hijo es alérgico a algún medicamento?

NO

SI – Por favor liste: \_\_\_\_\_

*Al firmar este formulario, estoy indicando lo siguiente:*

- *La información que he proporcionado es precisa y actualizada*
- *Actualizaré a eMD Anywhere con cualquier cambio tan pronto como sea posible.*

*Si desea hablar con nuestro proveedor médico sobre cualquier pregunta de la salud de su hijo, comuníquese con Ulysses Family Physicians al (620) 356-1261.*

\_\_\_\_\_

Signature of Parent or Legal Guardian/ Firma del Padre o Tutor Legal

\_\_\_\_\_

Date of Signature/ Fecha de la firma

\_\_\_\_\_

Signature of School Nurse (if verbal permission is obtained from the Parent or Legal Guardian) /  
Firma de la Enfermera Escolar (si se obtiene permiso verbal del Padre o Tutor Legal)

\_\_\_\_\_

Date/ Time