



# PUTNAM COUNTY

School System  
Onsite Medical Clinic

## **ATENCIÓN: Padres/Tutores del Sistema Escolar del Condado Putnam**

El Sistema Escolar del Condado Putnam, en sociedad con Satellite Med e Intellectual Care, están contentos de anunciar el lanzamiento de la clínica Onsite Medical Clinic en Monterey High School. Onsite Medical Clinic utiliza tecnología de vanguardia para proporcionar una solución eficaz de telemedicina para el tratamiento de las necesidades de salud física y mental de todos los estudiantes del Sistema Escolar del Condado Putnam.

*Para que su hijo reciba acceso a la clínica Onsite Medical Clinic, todos los papeles requeridos deben ser completados. Una vez matriculados y por discreción de los padres, los estudiantes podrán recibir asesoría médica, diagnóstico y tratamiento en la escuela. Para los estudiantes con la seguridad TennCare, CoverKids u otras seguranzas médicas, Satellite Med presentará reclamos al proveedor de seguros como si el estudiante fuera visto en persona. Se aplican los copagos estándares. Para los estudiantes sin seguros médicos, todos los servicios permanecerán a los precios en efectivos de la clínica.*



## **A CONTINUACIÓN HAY UNA LISTA DE PREGUNTAS HECHAS FRECUENTEMENTE SOBRE NUESTROS SERVICIOS.**

**¿Qué es telemedicina?** Telemedicina es el uso de tecnología por los proveedores de atención médica para tratar a los pacientes de forma remota. Nuestra solución de telemedicina es una conexión segura de video y bidireccional entre nuestros proveedores de atención médica certificados por la Junta Directiva en Satellite Med y nuestra enfermera en Monterey High School. Nuestra enfermera en el sitio ayuda a nuestros proveedores a llevar a cabo la visita de su hijo mediante la detección, examen y supervisando sus vitales y necesidades inmediatas. Esto junto con el equipo digitalizado especial, le da a los proveedores de cuidado médico la capacidad de examinar los oídos, los ojos, la nariz, la garganta, los pulmones, la piel, etc. sin estar físicamente en el cuarto con el niño.

**¿Qué puede ser tratado vía la telemedicina?** Desde nuestro lanzamiento del producto de telemedicina en el 2014, nosotros hemos podido tratar 98% de todas las enfermedades médicas que se presentan en nuestras clínicas. El 2% restante han sido referidos para ser visto en persona en Satellite Med. A continuación hay una lista de enfermedades comúnmente tratadas.

- Problemas de piel (cortes/abrasiones/erupciones)
- Dolor de garganta
- Dolor de oído
- Conjuntivitis o infección en los ojos
- Tos/resfriados
- Síntomas de la gripe
- Ortopédico/lesiones
- Problemas urinarios

**Nosotros NO tratamos dolores en el pecho, dificultad respiratorias o señales de derrame cerebral. Si usted esta teniendo alguno de estos síntomas, por favor llame al 911 o vaya al salón de emergencia más cerca o a Satellite Med.**

**¿Quién puede ser visto en Onsite Medical Clinic?** Todos los estudiantes y facultad en el Sistema Escolar del Condado Putnam son elegibles para matricularse en la clinica Onsite Medical Clinic.

**¿Cómo se pagan los servicios?** Para los estudiantes con las seguranzas TennCare o CoverKids, Satellite Med presentara reclamos a la compañía de proveedor de seguros (copagos estándares se aplican). Para estudiantes sin seguros médicos, los servicios serán proporcionados basados en los precios en efectivos de Satellite Med.

**¿Cómo esto me ayuda?** Para los padres, nunca es una buena cosa cuando la escuela llama y le dice que su niño está enfermo. Para muchas personas que viven en áreas rurales, especialmente para aquellos que trabajan, es mucho más dificultoso para su niño recibir el tratamiento que necesita. Con su permiso, su hijo puede tener acceso a los médicos de

Satellite Med en la escuela MONTEREY HIGH SCHOOL. Esto no solamente le añade conveniencia a su día ocupado, pero también le da paz sabiendo que su hijo estará bien si una enfermedad pueda ocurrir.

**¿Me llamarán antes de que a mi hijo lo vean en Online Medical Clinic?** Si, la enfermera escolar siempre llamará a los padres/tutores antes de que su hijo lo vean vía la telemedicina. Si no nos podemos poner en contacto con el padre/tutor, su hijo no será visto vía la telemedicina, aunque ellos estén matriculados.

**¿Qué pasa si el doctor de la familia no esta en Satellite Med?** ¡No hay ningún problema! Nosotros no estamos tratando de ser su doctor de familia, pero si estamos tratando de mejorar el acceso a cuidado médico cuando lo necesitan más. Si desea que los detalles de su visita sean enviados a su propio doctor, con gusto nosotros lo haremos para la continuidad de la atención sin costo adicional.

**¿Cómo sabré que pasó durante la visita?** Nuestra enfermera o la enfermera escolar lo notificará sobre la visita de su hijo y usted será informada de todo lo que encuentran, los tratamientos y las recomendaciones.

**SI USTED DESEA QUE SU HIJO TENGA ACCESO A LA CLINICA ONSITE MEDICAL CLINIC, POR FAVOR COMPLETE LOS FORMULARIOS ATADOS Y DEVUELVALOS A LA ESCUELA. ¡GRACIAS!**

**Consentimiento para la Evaluación y Tratamiento**  
**(Consentimiento para Tratamiento)**  
**Satellite Med Onsite Medical Clinic**

---

Por favor lea con cuidado y firme esta autorización de consentimiento para que su hijo pueda recibir servicios de cuidado médico en la clínica Satellite Med Onsite Medical Clinic.

**Por este medio voluntariamente doy mi consentimiento para que \_\_\_\_\_ reciba servicios de cuidado de salud ofrecidos por la clínica Satellite Med Onsite Medical Clinic.**

Entiendo que los estudiantes *no son requeridos de pagar por cualquier servicio de Primeros Auxilios* proporcionados por las enfermeras del Sistema Escolar del Condado Putnam (ejemplos, curitas, ungüentos antibióticos). Sin embargo, si el niño experimenta cortes/abrasiones, erupciones, infección de garganta, ojos, fiebre, piojos de la cabeza, dolor de oído, tos/resfriado, síntomas de la gripe u otros síntomas agudos, nosotros nos pondremos en contacto con usted primeramente. Si elige de usar la clínica Onsite Medical Clinic, cargos serán hechos a la compañía de su seguro de salud. Si no tiene seguro de salud, los cargos serán hechos de acuerdo a los precios en efectivo de Satellite Med. **El Sistema Escolar del Condado Putnam no es responsable de cualquier cargo o de facturas que su niño pueda ocurrir.**

Como padre/tutor, me aseguran que se pondrán en contacto conmigo a través de llamada telefónica antes de que cualquier servicio facturable sea proporcionado y ningunos servicios, incluyendo la transportación o transferencia a otro proveedor o centro médico, ocurrirá sin mi permiso verbal a menos que sea necesario un tratamiento para salvar su vida. Entiendo que si mi hijo requiere tratamiento médico que está fuera del alcance de la clínica Satellite Med Onsite Clinic, la enfermera iniciara una referencia a Satellite Med o al el centro de salud que yo elija. **Entiendo que soy responsable de la transportación de mi niño de la Escuela Primaria Burks a Onsite Medical Clinic en Monterey High School.**

En caso de emergencia, entiendo que la escuela llamará al 911 y hará servicios de emergencia dentro del alcance de la capacitación y licencia del personal hasta que llega una ambulancia y el cuidado se transfiere a los Servicios Médicos de Emergencia.

Entiendo que la confidencialidad entre el personal y los estudiantes es asegurada. Solamente el personal de Satellite Med Onsite Medical Clinic tendrá acceso a los archivos médicos. Los archivos de salud no serán compartidos sin el permiso de los padres, exceptuando para presentar una reclamación de seguros u otra documentación relacionada con los pagos o como sea requerido por la ley. Entiendo que Satellite Med Onsite Medical Clinic se adhiere a los niveles de confidencialidad y cuidado como se describe en Health Insurance Portability

and Accountability Act (HIPPA). Un resumen de estas reglas pueden ser encontradas en la clínica o en línea.

Entiendo que firmando este formulario, mi hijo puede ser tratado durante el año escolar por todos los años que está matriculado dentro del Sistema Escolar del Condado Putnam.

Entiendo que puedo retirar esta autorización de consentimiento solamente por documento escrito entregado al personal de Onsite Medical Clinic.

Por la presente certifico que he leído y entiendo este consentimiento de autorización y acepto los términos contenidos en el presente.

Firma del Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE CONSETIMIENTO MEDICO PARA LOS ESTUDIANTES DE PCSS**

Nombre del Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Cumpleaños de los Padres: \_\_\_\_\_

Seguro Social de los Padres: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

---

Teléfono de la casa/celular: \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

¿Tiene seguridad médica?     Si     No (**\*Por favor incluya copia de la tarjeta de seguro**)

Nombre del Seguro Médico: \_\_\_\_\_

# del Grupo de Seguro: \_\_\_\_\_

# de la Póliza de Seguro: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Estudiante: \_\_\_\_\_

Cumpleaños del Estudiante: \_\_\_\_\_

Seguro Social del Estudiante: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene seguro médico?                     Si, igual al del Padre/Tutor Legal

Si, pero diferente de la del Padre/Tutor Legal                     Ningún Seguro Médico

Nombre del Seguro Médico del Estudiante: \_\_\_\_\_

# del Grupo de Seguro: \_\_\_\_\_

# de la Póliza de Seguro: \_\_\_\_\_

**\*(POR FAVOR INCLUYA COPIA DE LA TARJETA DE SEGURO)**

<b>Apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>Cumpleaños</b>
<b>Fecha del Último Chequeo Físico:</b>	<b>Proveedor de Cuidado Medico</b>	

\*Enfermedades Crónicas (Por favor liste cualquier condiciones médicas que su hijo pueda tener, incluyendo Asma, ADHD y Diabetes.

1.	
2.	
3.	

\*Lista de Medicinas

\*Dosis

1.		
2.		
3.		

\*Alergias

1.	
2.	
3.	

\*Historia Quirúrgica (Si es si, por favor explique cuando y donde la operación fue hecha)

No	
Si	

\*Historia de la Familia

Padre del Paciente		Fallecido		Causa de la Muerte		Edad al Morir	
		Vivo					
Madre del Paciente		Fallecida		Causa de la Muerte		Edad al Morir	
		Viva					

\*Enfermedades Crónicas de la Familia (Por favor liste cualquier condiciones médicas que son prevalente en su familia, incluyendo Enfermedades del Corazón, Depresión/Ansiedad y Diabetes)

1.	
2.	
3.	

## INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente doy permiso para que las siguientes personas actúen en mi nombre si no estoy presente para la visita o no se pueden poner en contacto conmigo por teléfono y doy permiso para permitir tratamiento de mi hijo en la clínica Satellite Med Onsite Medical Clinic.

Permiso dado a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Permiso dado a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Relación al Estudiante: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_

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