



Formulario de consentimiento 2022–2023 de Goodside Health SchoolMed

¡Goodside Health (“GSH”) se ha asociado con su distrito para brindar los servicios de telemedicina a pedido de SchoolMed a su escuela! A través de nuestra asociación, su hijo puede ser evaluado, diagnosticado y tratado por una variedad de afecciones que pueden incluir, entre otras: estreptococo, gripe, dolor de garganta, dolor de cabeza, erupción cutánea, conjuntivitis, malestar estomacal, resfriado común y otras según corresponda. [Consulte el ‘Anexo A’ para ver una lista de medicamentos](#) que se pueden administrar durante una visita de SchoolMed. Los proveedores médicos de GSH pueden tratar a todos los estudiantes independientemente de su residencia o el estado de su seguro. Hay disponibles servicios de traducción. Las visitas de SchoolMed se brindan sin costo o a bajo costo para familias con Medicaid, CHIP y Tricare. Se pueden aplicar copagos y deducibles para los planes de seguro del mercado, privados y comerciales. Para quienes no tienen seguro médico, el programa Goodside Cares brinda apoyo financiero para las visitas de SchoolMed. Para participar en este programa, complete este formulario.

REGISTRO EN EL PROGRAMA

Doy mi consentimiento para que mi hijo participe en el programa de telemedicina y consultas presenciales de GSH.

☐ Sí ☐ No

Acepto los términos y condiciones y reconozco haber recibido el aviso de prácticas de privacidad (<https://goodsidehealth.com/terms-conditions/>) (al optar por no participar, no podemos darle tratamiento a su hijo).

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo a ambas opciones, responda las siguientes preguntas.

En asociación con su distrito escolar, GSH ofrece servicios adicionales como exámenes de salud mental y exámenes médicos completos para el niños. Si estos servicios adicionales están autorizados por su distrito escolar y GSH, ¿le gustaría que su hijo tuviera acceso a estos servicios y programas? (Tenga en cuenta que para acceder a los servicios opcionales, debe dar su consentimiento al programa y aceptar los términos y condiciones).

Doy mi consentimiento Evaluación de salud mental o conductual por parte de un proveedor de atención médica de GSH.

☐ Sí ☐ No

Consentimiento para compartir información de padres/tutores y estudiantes con socios de salud mental para estudiantes que en la evaluación tienen un mayor riesgo de tener problemas de salud mental o del comportamiento

☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Nivel del curso

Distrito

Escuela / campus

HISTORIA CLÍNICA

¿Toma su hijo medicamentos diarios actualmente?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique los medicamentos diarios que toma actualmente:

¿Su hijo tiene alguna alergia conocida?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique las alergias conocidas:

¿Su hijo tiene alguna afección médica conocida?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique las afecciones conocidas:



MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y FARMACIA

¿Tiene su hijo un médico de atención primaria?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información para mantener la continuidad de la atención:

Nombre del médico o del consultorio de atención primaria

Farmacia preferida

Código postal de la farmacia

¿Acepta compartir su historial médico con el médico de atención primaria?

☐ Sí ☐ No

SEGURO DEL PACIENTE

¿Su hijo tiene seguro médico?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es **afirmativa**, ¿qué tipo de seguro?

- ☐ Medicaid
- ☐ CHIP
- ☐ STAR
- ☐ Seguro privado

Información de Medicaid, si corresponde

Información del plan de salud privado/seguro, si corresponde

ID de miembro

Nombre del plan de salud/seguro

Número de póliza

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/TUTORES

Al completar este formulario, confirmo que me gustaría que mi hijo participara en el programa de telemedicina del distrito, operado por Pediatric Urgent Care, PA, que opera con el nombre de Goodside Health or Goodside Health of Florida, Inc. ("GSH"), y acepto que tenga acceso a estos servicios mejorados. Afirmo que he proporcionado información precisa del paciente en su totalidad. Autorizo a GSH a recopilar información relacionada con el seguro de salud del paciente de fuentes de terceros disponibles en caso de que alguna información sea inexacta o incompleta. Este consentimiento o autorización puede retirarse por escrito en cualquier momento.

Nombre completo del padre/tutor

Fecha de nacimiento del padre/tutor (MM/DD/AAAA)

Relación con el estudiante

Correo electrónico

Número de celular

Nos gustaría mantenernos en contacto con usted a través de alertas de texto y resultados de pruebas a su número de teléfono.

¿Nos autoriza a enviarle mensajes de texto?

☐ Sí ☐ No

Firma del padre/tutor

Fecha



Formulario de consentimiento 2022–2023 de Goodside Health SchoolMed

ANEXO A

Medicamentos que se pueden administrar durante una visita de SchoolMed:

- 1) Paracetamol
- 2) Ibuprofeno
- 3) Difenhidramina
- 4) Antiácido de carbonato cálcico
- 5) Pomada Antibiótica Triple
- 6) Crema de hidrocortisona
- 7) Pastillas para la tos