Memorial Hermann Health Centers for Schools
PATIENT REGISTRATION

Name: (Last) _____ (First) _____ (Middle) _____

Address: _____ Apt ____ City: _____ State: ___ Zip Code: _____

Social Security #: _____ Birth Date: _____ Sex: *Male Female*

School: _____ Grade: _____ Student ID#: _____

Patient Phone:_____Do you get free lunch at school? Yes No

Marital Status: *Single Married* Primary language spoken at home: _____

Race: *Asian/Pacific Islander* *Black* *Caucasian* *Hispanic* *Native American* *Other*

HEALTH INSURANCE INFORMATION.

Primary Insurance: *Medicaid* *CHIP* *HCHD Gold Card* *Private Insurance* *No Insurance*

If Medicaid/CHIP, Policy #: _____ Plan Name: _____

If Private Insurance, Plan Name: _____

PERSON RESPONSIBLE FOR PATIENT.

Relationship: _____ E-mail: _____

Name: (Last) _____ (First) _____ (Middle) _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Day Phone #: _____ Alternate Day Phone #: _____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION (To be contacted if parent/guardian cannot be reached).

Relationship: _____ E-mail: _____

Name: (Last) _____ (First) _____ (Middle) _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Day Phone #: _____ Alternate Day Phone #: _____

*Date registered:*_____

Memorial Hermann Health Centers for Schools
REGISTRO DEL PACIENTE

Nombre:(Apellido)_____(Primero)_____ (Segundo)_____

Domicilio: _____Apt____ Ciudad: _____ Estado: ____ Zona Postal: _____

Seguro Social #_____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: *Masc* *Fem*

Escuela:_____ Grado: _____ Numero de ID#: _____

Teléfono de Paciente:_____ Obtienes comida gratis en la escuela? *Sí* *No*

Status Marital: *Soltera* *Casada* Lenguaje en casa: _____

Raza: *Isleño Asiático/Pacifico* *Africano Americano* *Caucásico* *Hispano* *Nativo Americano* *Otro*

INFORMACION DE SEGURO DE SALUD.

Seguro Primario: *Medicaid* *CHIP* *HCHD Tarjeta de Oro* *Seguro Privado* *No Seguro*

Para Medicaid/CHIP, Póliza #: _____ Nombre de Seguro: _____

Nombre de Seguro Privado: _____

PERSONA RESPONSIBLE DE LA PACIENTE.

Relación: _____E-mail: _____

Nombre:(Apellido)_____(Primero)_____ (Segundo)_____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Numero teléfono #: _____ Alternativo #: _____

INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA **(En caso que el padre o guardián no pueda ser localizado).**

Relación: _____E-mail: _____

Nombre:(Apellido)_____(Primero)_____ (Segundo)_____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Numero de teléfono #: _____ Alternativo #: _____

MEMORIAL HERMANN HEALTH CENTERS FOR SCHOOLS ELROD CLINIC, HOUSTON, TEXAS

INFORMED CONSENT FOR TREATMENT AND OTHER PREVENTIVE HEALTH CARE SERVICES

PLEASE READ CAREFULLY AND FILL OUT THE CONSENT FORM BELOW FOR YOUR STUDENT TO BE TREATED AT THE HEALTH CENTER

Memorial Hermann Health Centers for Schools (MHHCS) or "Health Center" is concerned with the health of students at contracted schools. We provide a number of health care services, subject to the limitations of the facility.

THE FOLLOWING HEALTH CARE SERVICES ARE AVAILABLE AT THE ELROD SCHOOL-BASED HEALTH CENTER.

1. Immunizations
2. Well Exams / Check-ups
3. Health Education
4. Nutrition Education
5. Social Service Assistance
6. Treatment of minor illness and injury
7. Mental Health counseling
8. Exercise education and counseling

Please indicate which of the following apply to the student:

☐ Medicaid # _____ Medicaid Plan _____ ☐ Harris Health/Gold Card

☐ CHIP ☐ Private Health Insurance ☐ No Insurance

IMPORTANT – PLEASE NOTE: The Health Center is a Medicaid Provider and will bill Medicaid for services to those students who have Medicaid coverage. **Non covered services will NOT be billed to the student or family.**

I authorize MHHCS to bill Medicaid or my Medicaid plan and receive payment directly from them for services rendered. I also authorize MHHCS to release information as required to Medicaid or my Medicaid plan, for the purpose of determining benefits. I understand that such records may include information regarding HIV/AIDS testing, substance abuse, and/or mental health issues. A photocopy or a telefaxed copy of this authorization shall be deemed as valid as the original.

I authorize the Health Center staff to disclose to the school nurse, medical or athletic team appropriate health information about my child as deemed necessary, solely for treatment purposes, and for the continuity of my child's care. I further authorize school personnel to disclose grades, absenteeism, and disciplinary data for my child, if seen by the Licensed Clinical Social Worker or Licensed Professional Counselor.

XX _____ _____ _____ _____

Parent / Guardian Signature **Print Name** **Relationship to Student** **Date**

PLEASE NOTE:

Primary health care services are provided to students by a full time Advanced Practice Provider. In addition, counseling services are provided by a Licensed Clinical Social Worker (LCSW) or Licensed Professional Counselor (LPC). Services provided at the Health Center are optional and at no cost to the student or family.

I authorize a designated MHHCS professional healthcare provider to provide necessary and/or advisable treatment for the student.

_____ _____

Student Name Date of Birth

I give my permission for MHHCS to provide all services indicated above within the capabilities of the facility and its personnel except for

item(s) _____.

I authorize the above named facility to provide transportation and/or accompany my child from the contracted schools to the Health Center for services after receiving permission from the school nurse.

I have read and completed this consent form. I understand that school personnel may see this informed consent. I understand that any questions I may have concerning the Health Center will be answered by calling (713) 771-1805.

XX _____ _____ _____ _____

Parent / Guardian Signature **Print Name** **Relationship to Student** **Date**

Phone number where parent/guardian can be reached during school hours:

Name:_____ Phone Number:_____ Best time to call:_____

Email:_____

Second Parent/Guardian Signature (optional):: _____ Phone Number:_____ Best time to call:_____

MEMORIAL HERMANN

Informed Consent

16265 (3/20)

MEMORIAL HERMANN HEALTH CENTERS FOR SCHOOLS ELROD CLINIC, HOUSTON, TEXAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO Y OTROS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD PREVENTIVA

LEA DETENIDAMENTE Y COMPLETE EL SIGUIENTE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE SU ESTUDIANTE SEA TRATADO EN EL CENTRO DE SALUD

Memorial Hermann Health Centers for Schools (MHHCS) o "Centro de salud" se interesa por la salud de los estudiantes en las escuelas con las cuáles tenemos un contrato. Brindamos un número de servicios de atención de la salud, sujetos a las limitaciones del establecimiento.

LOS SIGUIENTES SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD ESTÁN DISPONIBLES EN EL CENTRO DE SALUD ELROD DENTRO DE LAS ESCUELAS

1. Inmunizaciones
2. Exámenes de rutina / Chequeos médicos
3. Educación sobre la salud
4. Educación sobre la nutrición
5. Asistencia de servicio social
6. Tratamiento de enfermedades o lesiones leves
7. Consejería de salud mental
8. Consejería y educación sobre el ejercicio

Indique cuál de los siguientes se aplica al estudiante:

☐ N.° de Medicaid _____ Plan de Medicaid _____ ☐ Harris Health/Gold Card

☐ CHIP ☐ Seguro de salud privado ☐ Sin seguro

IMPORTANTE – TENGA EN CUENTA QUE: El Centro de salud es un proveedor de Medicaid y facturará a Medicaid por los servicios a aquellos estudiantes que tienen cobertura Medicaid. **Los servicios que no estén cubiertos, NO se cobrarán al estudiante o a la familia.**

Yo autorizo a MHHCS para que cobren a Medicaid o a mi plan de Medicaid y reciban directamente el pago de ellos por los servicios prestados. También autorizo a MHHCS para que divulgue información según sea requerida por Medicaid o por mi plan de Medicaid con el propósito de determinar los beneficios. Comprendo que dichos registros pueden incluir información con respecto a pruebas de VIH/SIDA, abuso de sustancias y/o problemas de salud mental. Una fotocopia o una copia enviada por fax de esta autorización deberá considerarse tan válida como el documento original.

Yo autorizo al personal del Centro de salud a divulgar a la enfermera, al equipo médico o al equipo deportivo de la escuela la información de salud adecuada sobre mi hijo/a según se considere necesario, únicamente para los propósitos del tratamiento y para la continuidad de la atención médica de mi hijo/a. Autorizo también a que el personal de la escuela divulgue las calificaciones, inasistencias e información de disciplina de mi hijo/a si él/ella es visitado(a) por el trabajador social con licencia de la clínica o el consejero profesional licenciado.

XX _____ _____ _____ _____

Firma del padre/tutor **Nombre en letra de imprenta** **Relación con el estudiante** **Fecha**

TENGA EN CUENTA:

Un proveedor de prácticas avanzadas brinda servicios de atención primaria a tiempo completo a los estudiantes. Adicionalmente, los servicios de asesoramiento son proporcionados por un trabajador social con licencia de la clínica (LCSW, por sus siglas en inglés) o un consejero profesional licenciado (LPC, por sus siglas en inglés). Los servicios brindados en el Centro de salud son opcionales y sin costo alguno para el estudiante o la familia.

Yo autorizo a un proveedor de atención de la salud profesional designado de MHHCS a brindar el tratamiento recomendado y/o necesario para el estudiante.

_____ _____

Nombre del estudiante Fecha de nacimiento

Yo doy mi consentimiento a MHHCS para brindar todos los servicios indicados anteriormente dentro de las posibilidades del establecimiento y su personal con excepción de lo(s) siguiente(s) _____.

Yo autorizo al establecimiento mencionado anteriormente a brindar el transporte y/o acompañar a mi hijo/a desde las escuelas con contrato hasta el Centro de salud para obtener los servicios después de recibir el consentimiento de la enfermera de la escuela.

He leído y completado este formulario de consentimiento. Entiendo que el personal de la escuela puede ver este consentimiento informado. Entiendo que cualquier pregunta que pueda tener en relación al Centro de salud será respondida llamando al (713) 771-1805.

XX _____ _____ _____ _____

Firma del padre, la madre o el tutor **Nombre en letra de imprenta** **Relación con el estudiante** **Fecha**

Número de teléfono para comunicarse con el padre, la madre o el tutor durante el horario escolar:

Nombre:_____ Número de teléfono:_____ La mejor hora para recibir llamadas:_____

Correo electrónico:_____

Firma del segundo progenitor o tutor(opcional): _____ Número de teléfono:_____ La mejor hora para recibir llamadas:_____

MEMORIAL HERMANN

Informed Consent

16265 (3/20)

Memorial Hermann Healthcare System

Acknowledgement of Receipt of Joint Notice of Privacy Practices

PURPOSE: This form is used to document (a) a parent/guardian acknowledgement of receipt of Memorial Hermann Healthcare System's Joint Notice of Privacy Practices or (b) when we have not obtained this acknowledgement, our good faith effort to obtain the acknowledgement.

I (parent/guardian) understand that the student's health information will be used and disclosed according to Memorial Hermann Healthcare System's Joint Notice of Privacy Practices.

I (parent/guardian) also understand that a written authorization from me (parent/guardian) will be requested by the clinic prior to releasing health care information for any use or disclosure not listed in the Joint Notice.

I acknowledge receiving Memorial Hermann Healthcare System's Joint Notice of Privacy Practices.

Signature _____ Date _____ School _____

Relationship to Student _____ Student Name _____

STAFF USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Good Faith Effort to Obtain Acknowledgement of Receipt of Joint Notice or Privacy Practices:
Describe your good faith effort to obtain the parent/guardian signature on this form:

_____

_____

_____

Staff Signature _____ Date _____

Memorial Hermann Hospital System, Memorial Hermann Continuing Care Corporation, Memorial Hermann Affiliated Services, Memorial Hermann Physicians of Texas, Memorial Hermann Ventures, Inc., Memorial Hermann Health Network Providers, Inc., and Physicians and Allied Professionals with privileges to practice at a Memorial Hermann Healthcare System Facility.

Memorial Hermann Centro De Salud

Notificación Unida de Actos de Privacidad

PROPOSITO: Esta forma es usada para documentar (a) que los padres/guardián recibieron el reconocimiento de Memorial Herman Centro de Salud Notificación Unida de Actos de Privacidad ó (b) si no hemos obtenido este reconocimiento, nuestra buena fe de esfuerzo de obtener el reconocimiento.

Yo (padre/guardian) entiendo que la información del estudiante va a ser usada y revelada de acuerdo a Memorial Hermann Sistemas de Centro de Salud Unida de Actos de Privacidad.

Yo (padre/guardián) también entiendo que la autorización escrita de parte de mi (padre/guardián) será solicitada por la clínica antes de entregar información sobre la salud para cualquier uso ó revelación que no esta en la lista de Notificación Unida.

Yo reconozco haber recibido el Memorial Hermann Sistemas de Centro de Salud Notificación Unida de Actos de Privacidad.

Firma	Fecha	Escuela
Relación al Estudiante		Nombre de Estudiante

PARA USO DE LA CLINICA-NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA

Tratado de buena fe de obtener reconocimiento de haber recibido la Notificación Unida de Actos de Privacidad:
Describa su buena fe y esfuerzo de obtener la firma del padre/guardián en esta forma:

Firma del Personal	Fecha

Memorial Hermann Health Centers for Schools
History Form

Student Name: _____ **Date:** _____

Current Medications: _____

Medication Allergies: ☐ **NO** ☐ **YES** **Which medication?** _____ **What happens?** _____

Student's Medical History *(Check all problems since birth):*

Hospitalized: ☐ **Never been hospitalized** ☐ **Hospitalized for:** _____ **When:** _____

Past Surgery: ☐ Appendectomy ☐ Circumcision ☐ PE tubes in ears ☐ Tonsillectomy ☐ Umbilical or groin hernia repair
☐ Other surgery: _____ When: _____ ☐ Never had surgery

Head and Eyes: ☐ Dental caries ☐ Hearing loss ☐ Near sighted ☐ Recurrent ear infection ☐ Seasonal allergies ☐ Strabismus
☐ Wears glasses or contact lenses

Respiratory: ☐ Asthma ☐ Pneumonia ☐ RSV

Heart: ☐ Heart problem ☐ Heart murmur ☐ High blood pressure

GI: ☐ Constipation ☐ GERD (reflux)

Endocrine: ☐ Diabetes Type 1 or Type 2 ☐ Thyroid problem

Urinary: ☐ Bed wetting ☐ Kidney infection ☐ Undescended or absent testicle ☐ Recurrent bladder/urine infections

Skin: ☐ Acne ☐ Eczema ☐ Contact dermatitis

Nutrition: ☐ Food allergy ☐ Lactose intolerance ☐ Weight problem

Blood problem or Cancer: ☐ Iron deficiency anemia ☐ Sickle cell trait or disease **Cancer Type:** _____

Nervous or Muscle Systems: ☐ Febrile seizure ☐ Fracture ☐ Head trauma/concussion ☐ Migraines ☐ Scoliosis ☐ Seizures

Development: ☐ ADHD ☐ Anxiety ☐ Autism ☐ Behavior problem ☐ Depression ☐ Developmental delay
☐ Learning problem ☐ Speech problem

Any other problems: _____

Girls: Age at 1st period: _____ ☐ Regular ☐ Not Regular **Time between periods usually:** _____ **# days on period** _____

Bad cramps: ☐ No ☐ Yes **Skipped or missed periods in past year:** ☐ No ☐ Yes **How long until period started again?** _____

Family History *(which family member has the problem – mother, father, grandparent, aunt, uncle, brother or sister):*

☐ **No health problems (unremarkable)** ☐ **do not know (unknown)**

	Mother	Father	Grandparent	Aunt	Uncle	Brother	Sister
Diabetes: ☐ Type 1 ☐ Type 2							
High Blood Pressure							
Heart Disease							
Stroke							
Mental Health Disease or Problem Diagnosis: _____							
Cancer Type: _____							
Other problems: _____							

Social History: Lives with: _____ Immunizations: ☐ Up to date ☐ Needs: _____

Smokers at home: ☐ No ☐ Yes **If YES:** ☐ Inside ☐ Outside ☐ Both ☐ Pets: _____

_____ _____ _____ _____
Patient / Guardian Signature **Print Name** **Relationship to patient** **Date**

MEMORIAL HERMANN

History Form for the Health Centers for Schools

16415 (9/19)

ORIGINAL

Centros de salud de Memorial Hermann para las escuelas
Formulario de antecedentes

Nombre del estudiante: _____ **Fecha:** _____

Medicamentos que toma actualmente: _____

Alergias a medicamentos: ☐ **NO** ☐ **SÍ** **¿Qué medicamento?** _____ **¿Qué sucede?** _____

Antecedentes médicos del estudiante *(Marcar todos los problemas desde el nacimiento):*

Hospitalizaciones: ☐ **Nunca ha sido hospitalizado** ☐ **Hospitalizado por:** _____ **¿Cuándo?:** _____

Cirugías anteriores: ☐ Apendicectomía ☐ Circuncisión ☐ Tubos ecualizadores de presión en los oídos ☐ Amigdalectomía
☐ Reparación de hernia umbilical o inguinal
☐ Otra cirugía: _____ Fecha: _____ ☐ Nunca tuve una cirugía

Cabeza y ojos: ☐ Caries dentales ☐ Discapacidad auditiva ☐ Miopía ☐ Infecciones recurrentes del oído ☐ Alergias estacionales
☐ Estrabismo ☐ Uso de anteojos o lentes de contacto

Sistema respiratorio: ☐ Asma ☐ Neumonía ☐ Virus sincicial respiratorio (VSR)

Corazón: ☐ Problemas cardíacos ☐ Soplo cardíaco ☐ Hipertensión arterial

Sistema GI: ☐ Estreñimiento ☐ GERD (reflujo)

Sistema endocrino: ☐ Diabetes tipo 1 o tipo 2 ☐ Problema de tiroides

Sistema urinario: ☐ Enuresis ☐ Infección renal ☐ Testículos no descendidos o ausentes ☐ Infecciones de la vejiga/urinarias recurrentes

Piel: ☐ Acné ☐ Eccema ☐ Dermatitis de contacto

Nutrición: ☐ Alergia alimentaria ☐ Intolerancia a la lactosa ☐ Problemas de peso

Problemas sanguíneos o cáncer: ☐ Anemia por deficiencia de hierro ☐ Rasgo drepanocítico o anemia falciforme
Tipo de cáncer: _____

Sistema nervioso o muscular: ☐ Convulsiones febriles ☐ Fracturas ☐ Traumatismo de cráneo/contusión ☐ Migrañas
☐ Escoliosis ☐ Convulsiones

Desarrollo: ☐ TDAH ☐ Ansiedad ☐ Autismo ☐ Problemas de comportamiento ☐ Depresión
☐ Retraso del desarrollo ☐ Problemas de aprendizaje ☐ Problemas del habla

Cualquier otro problema: _____

Niñas: Edad del 1.er período menstrual: _____ ☐ Regular ☐ Irregular **Plazo habitual entre los períodos menstruales:** _____
Núm. de días del período _____

Calambres: ☐ No ☐ Sí **Falta e irregularidades en el periodo en los últimos años:** ☐ No ☐ Sí
¿Cuánto tiempo pasó hasta el siguiente período menstrual? _____

Antecedentes familiares *(qué miembro de la familia tiene el problema: madre, padre, abuelo, abuela, tía, tío, hermano o hermana):*

☐ **Ningún problema de salud (no relevante)** ☐ **No conocido (desconocido)**

	Madre	Padre	Abuelos	Tía	Tío	Hermano	Hermana
Diabetes: ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2							
Hipertensión							
Enfermedad del corazón							
Accidente cerebrovascular							
Enfermedad o problemas de salud mental Diagnóstico: _____							
Tipo de cáncer: _____							
Otros problemas: _____							

Antecedentes sociales: Vive con: _____ Vacunas: ☐ Actualizadas ☐ Necesarias: _____

Fumadores en el hogar: ☐ No ☐ Sí **En caso afirmativo:** ☐ Adentro ☐ Afuera ☐ Ambos ☐ Mascotas: _____

Firma del paciente/tutor	Nombre en letra de imprenta	Relación con el paciente	Fecha

MEMORIAL HERMANN

History Form for the Health Centers for Schools

16415 (9/19)

Telemedicine Informed Consent
School Based Health Center Services

I _____ [patient/legal representative] hereby consent to engage in telemedicine with a Mental Health Advanced Practice Registered Nurse, Mental Health Physician Assistant, Licensed Clinical Social Worker, Psychiatrist, Pediatrician or other designated medical provider as part of my assessment. I understand that 'telemedicine' includes the practice of medical care, delivery, diagnosis, consultation, treatment, transfer of medical data and education by a mental health provider who is physically located at a site other than where I am located (distant site provider) using interactive audio, video or data communications. Telemedicine requires the use of advanced, telecommunication technology, such as computers and video conferencing software, located on a secure network that allows the distant site provider to see and hear in real time. The telemedicine interaction will not be recorded or saved.

I understand that I have the following rights with respect to telemedicine:

(1) I have the right to withhold or withdraw consent at any time without affecting my right to future care or treatment. However, I understand there may not be another Mental Health Care Provider available at the clinic to see me except by using telemedicine. If I choose not to receive care using telemedicine, an appointment can be rescheduled to see an available on site Mental Health Care Provider.

(2) I understand telemedicine has *limitations, risks* and *consequences* including, but not limited to, the possibility, despite reasonable efforts on the part of the mental health care provider and clinic that:

   a. An adverse reaction to the treatment could occur
   b. The use of telemedicine technology may be unable to provide all pertinent, clinical information required for an acceptable level of quality and delivery of safe care. Some examples might include:
      i. The video picture or other information transmitter may not be clear enough to be useful for consultation.
      ii. The video connection may not work or may stop working during the consultation
   c. In the event the provider is unable to provide safe care via telemedicine, I will be informed prior to the end of the evaluation. I further understand that should the provider be unable to see me via telemedicine, I will need an additional in-person evaluation.

Follow-up Care: If the telemedicine encounter does not allow for the safe delivery of care, clinic staff will notify me and take the steps necessary for provider services to be delivered in person. If you experience an adverse reaction, please contact the Clinic or, in cases of an emergency, dial 911.

The *benefits* of telemedicine consultation include, but are not limited to:

a. Immediate access to a Mental Health Care Provider
b. Obtaining expertise of a specialist
c. More efficient mental health evaluation and management

(3) The laws that protect the confidentiality of my medical information also apply to telemedicine. As such, I understand the information disclosed by me during the course of my assessment is generally confidential. However, there are both mandatory and permissive expectations to confidentiality, including, but not limited to reporting child, elder, and dependent adult abuse; and medical information about you will be disclosed when required to do so by federal, state or local law.

(4) I understand that I may benefit from telemedicine, but that results cannot be guaranteed or assured.

(5) I understand that I have the right to access my medical information and copies of medical records in accordance with state and federal law.

I have read and understand the information provided above, all of my questions have been answered to my satisfaction, and I voluntarily and freely consent to receiving care using telemedicine under the conditions described in the document.

_____
Patient Name (Print)

_____	_____	_____
Patient/Legal Representative Signature	Relationship	Date/Time

_____	_____	_____
Witness	Title	Date/Time

NOTICE CONCERNING COMPLAINTS: Complaints about physicians, as well as other licenses and registrants of the Texas Medical Board, including physician assistants, acupuncturists, and surgical assistant may be reported for investigation at the following address: Texas Medical Board, Attention: Investigations, 333 Guadalupe, Tower 3, Suite 610. P.O. Box 2018, MC-263, Austin, TX 78768-2018. Assistance in filing a complaint is available by calling the following telephone number 1-800-201-9353. For more information, please visit our website at www.tmb.state.tx.us.

Consentimiento Informado de Telemedicina
Servicios en los Centros De Salud para las Escuelas

Yo, _____ [paciente o representante legal], por medio de la presente, doy consentimiento para participar en la telemedicina con un Enfermero(a) Registrado(a) de Practica Avanzada en la Salud Mental, Asistente Médico de Salud Mental, Trabajador Social Clínico con Licenciatura, Psiquiatra, Pediatra u otro proveedor designado como parte de mi evaluación. Entiendo que la 'telemedicina' incluye la práctica de la atención medica, entrega, diagnóstico, consulta, tratamiento, transferencia de datos médicos y educación por parte de un proveedor de servicios de salud mental que está ubicado físicamente en un sitio distinto a donde estoy ubicado (proveedor de sitio lejano) con audio o video interactivo, o comunicaciones de datos. La telemedicina requiere el uso del avance en la tecnología de telecomunicaciones, tales como computadoras y software de videoconferencias ubicados en una red segura que permite que el proveedor de sitio lejano pueda ver y escuchar en tiempo real. La interacción de telemedicina no será grabada ni guardada.

Yo entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a la telemedicina:

(1) Yo tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho al cuidado o tratamiento a futuro. Sin embargo, entiendo que es posible que no haya otro proveedor de cuidado de salud mental disponible en la clínica para verme excepto mediante la telemedicina. Si elijo no recibir atención mediante la telemedicina, se puede reprogramar una cita para ver a un proveedor de atención de la salud mental disponible de manera presencial.

(2) Entiendo que la telemedicina tiene *limitaciones*, *riesgos*, y *consecuencias*, incluyendo, entre otros, la posibilidad de que, a pesar de esfuerzos razonables por parte del proveedor de atención de la salud mental y la clínica:

   a. Pueda suceder una reacción adversa al tratamiento.
   b. El uso de la tecnología de la telemedicina pueda ser incapaz de proporcionar toda la información clínica pertinente y necesaria para un nivel aceptable de calidad y de la prestación de cuidados seguros. Algunos ejemplos pueden ser:
      i. La imagen de vídeo u otra información transmitida puede no ser lo suficientemente clara como para ser útiles para la consulta
      ii. La conexión de video puede no funcionar o puede dejar de funcionar durante la consulta
   c. En el caso de que el proveedor sea incapaz de proporcionar atención segura a través de la telemedicina, seré informado antes del final de la evaluación. Además, entiendo que, si el proveedor es incapaz de verme a través de telemedicina, necesitare una evaluación en persona adicional.

Atención de seguimiento: Si el encuentro de telemedicina no permite la entrega segura de la atención, el personal de la clínica me notificara y tomara las medidas necesarias para proporcionar, brindar los servicios del proveedor en persona. Si usted experimenta una reacción adversa, póngase en contacto con la clínica o, en caso de una emergencia, comuníquese al 911.

Los beneficios de una consulta de telemedicina incluyen, entre otros:

a. Acceso inmediato a un proveedor de atención de la salud mental
b. La obtención de conocimientos de un especialista
c. Evaluación y gestión de la salud mental más eficientes

(3) Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica también se aplican a la telemedicina.
   a. Como tal, entiendo que la información revelada por mí durante el transcurso de mi evaluación generalmente es confidencial. Sin embargo, hay expectativas de confidencialidad tanto obligatorias como permisivas, incluyendo, entre otras, la presentación de informes de abuso de ancianos, niños y adultos dependientes; también, la información medica acerca de usted será divulgada cuando sea requerido por la ley federal, estatal o local.

(4) Entiendo que es posible beneficiarme de la telemedicina pero que los resultados no pueden ser garantizados o asegurados.

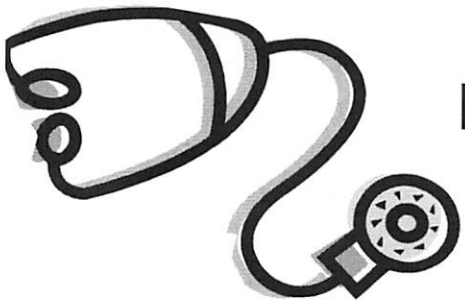
(5) Entiendo que tengo derecho a acceder a mi información médica y a copias de los registros médicos de conformidad con las leyes estatales y federales.

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción, y yo, voluntaria y libremente, doy mi consentimiento para recibir cuidado mediante telemedicina en las condiciones descritas en este documento.

_____
Nombre del paciente

Firma del paciente o representante legal	Relación	Fecha/Hora
Testigo	Titulo	Fecha/Hora

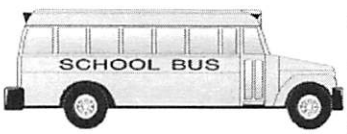
AVISO SOBRE QUEJAS: Las quejas acerca de médicos, así como de otros licenciatarios y titulares de la Junta Medica de Texas, incluyendo los asistentes médicos, acupunturistas y ayudantes quirúrgicos, pueden ser reportados para investigación a la siguiente dirección: Texas Medical Board, atención a: Investigations, 333 Guadalupe, Tower 3, Suite 610. P.O. Box 2018, MC-263, Austin, TX 78768-2018. La asistencia para la presentación de una queja está disponible llamado al siguiente número de teléfono: 1-800-201-9353. Para obtener más información, visite nuestro sitio web en www.tmb.state.tx.us.



Memorial Hermann Health Centers for Schools Elrod Clinic

What types of services does the Clinic provide?

- Well child visits
- Illness visits
- Immunizations
- School and sports physicals
- Asthma management
- Dietitian counseling
- Mental health counseling
- Dental services



Who do we serve?

We are **FREE** to all Elrod Elementary school students and their siblings through age 18. We are a primary care provider to uninsured and Medicaid students and a back-up provider for students with insurance.

What is required?

A parent/guardian's consent, a shot record copy, a list of medications, and a copy of the insurance or Medicaid card.

What is the Clinic Schedule?

We will be at Elrod Elementary Campus on Monday ,Wednesday, and Thursday 7:30 am to 4:00pm (Closed from 12:00 pm to 1:00pm) Friday, 7:30am to 12:00 pm. We are also open on most school holidays and throughout the summer.

Where are we located?

We are located on the Elrod Elementary School campus in a modular building.

Who can refer?

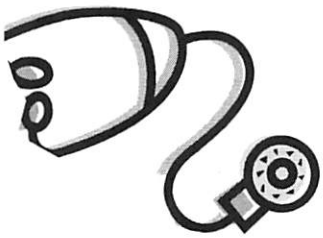
School personnel, parents, students.

Why do we exist?

To keep kids healthy and in school so they can learn the skills they will need for a brighter future.

Call Today To Make An Appointment For Your Child

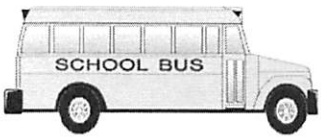
713-771-1805



Memorial Hermann
Centros de salud para las escuelas
Clinica Elrod

¿ Que tipos de servicios provee la clínica?

- Exámenes generales
- Visitas por enfermedad
- Vacunas
- Físicos para deportes y escuela
- Control de asma
- Consejería nutricional
- Consejería para la salud mental
- Servicios dentales



¿A quién servimos?
Somos GRATIS para todos los estudiantes que asisten a la escuela Elrod y su familiares hasta los 18 años.

¿Que se requiere?
Consentimiento del padre o tutor, tarjeta de vacunas, lista de todos los medicamentos y una copia del seguro médico o Medicaid.

¿Cuál es el horario de la clínica?
Lunes, Miércoles y Jueves de 7:30am a 4:00pm (cerramos de 12:00pm a 1:00pm)
Viernes de 7:30am a 12pm. Estamos abiertos la mayoría de los días festivos y durante el verano.

¿ En dónde estamos localizados?
Estamos localizados en la escuela primaria Elrod en el edificio modular.

¿ Quién puede referir?
El personal de las escuelas, padres, estudiantes.

¿Porque exsistimos?
Para mantener los niños saludables y en la escuela para que puedan aprender las habilidades para un futuro brillante.

Llame hoy para hacer una cita para su nino/a
713-771-1805