AIS
CMC84182-001NS Rev. 5/2020

children's health Virtual Care

2023-2024 School Telehealth Patient Information Form

PATIENT INFORMATION

Child's Name (Last, First, Middle): _____ ☐ Male ☐ Female

Date of Birth (MM/DD/YYYY): ____ / ____ / ____ SSN # : _____

Child Lives With: (check all that apply) ☐ Mother ☐ Father ☐ Guardian / Other: _____ Phone Number: _____

Child's Address (Street, City, State & Zip): _____

Preferred Pharmacy Name: _____ Cross Streets: _____ Pediatrician / PCP: _____ Phone Number: _____

School District: _____ School Name: _____

Race / Ethnicity (select appropriate group): ☐ Asian ☐ Black / African American ☐ Latino / Hispanic ☐ Native American ☐ White / Caucasian ☐ Other

Medication Allergies: _____ Medical History: _____

PARENT / GUARDIAN INFORMATION

Parent / Guardian's Name: _____ Primary Phone Number: _____ Alternate Phone Number: _____

Guardian's Date of Birth (MM/DD/YYYY): ____ / ____ / ____ Email: _____ Opt out of email contact: ☐ Yes

EMERGENCY CONTACT - In case of an emergency, who should we contact? _____ Phone Number: _____

Relationship: _____ Children's Health may disclose Medical and Billing information to this contact Yes ☐ ☐ No

INSURANCE INFORMATION

Is the patient covered by insurance? ☐ Yes ☐ No Is the patient covered by Medicaid insurance? ☐ Yes ☐ No

Name of person responsible for paying the bill: ☐ Mother ☐ Father ☐ Other: _____ Primary Phone Number: _____

Street Address: ☐ Same as Child ☐ Other (Street, City, State, Zip): _____

Insurance Policy Holder's Name: ☐ Child ☐ Mother ☐ Father ☐ Other: _____ Date of Birth (MM/DD/YYYY): ____ / ____ / ____

Employer: _____ Insurance Name: _____ Phone Number: _____

Insurance ID: _____ Group Number: _____

AIS
CMC84182-001NS Rev. 5/2020

children's health
Virtual Care

Consulta virtual de salud en la escuela 2022-2023
Datos del paciente
2023-2024 School Telehealth
Patient Information Form

DATOS DEL PACIENTE

Nombre completo del niño (Apellidos, nombre, segundo nombre): _____ ☐ Masc. ☐ Fem.

Fecha de nacimiento (mes/día/año): ____ / ____ / _____ Número del Seguro Social: _____

Vive con: (marque con quiénes) ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor u otra persona: _____ Teléfono: _____

Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal): _____

Farmacia preferida: _____ Intersección de calles: _____ Pediatra: _____ Teléfono: _____

Distrito escolar: _____ Nombre de la escuela: _____

Grupo étnico: ☐ Asiático ☐ Afroamericano ☐ Latino / hispano ☐ Nativo americano ☐ Blanco o caucásico ☐ Otra

Alergias a medicamentos: _____ Enfermedades: _____

DATOS DEL PADRE O TUTOR

Nombre del padre o tutor: _____ Teléfono principal: _____ Otro teléfono: _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año): ____ / ____ / _____ Email: _____ No me manden email: ☐ Sí

CONTACTO DE EMERGENCIA - Persona con quién comunicarse en caso de emergencia _____ Teléfono: _____

Parentesco: _____ Children's Health puede dar a conocer la información médica y de facturación a esta persona ☐ Sí ☐ No

DATOS DEL SEGURO MÉDICO

¿Tiene el paciente seguro médico? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene Medicaid? ☐ Sí ☐ No

Persona responsable del pago de cuentas: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro: _____ Teléfono principal: _____

Domicilio: ☐ Igual al del niño ☐ Diferente (calle, ciudad, estado, código postal): _____

Nombre del titular de la póliza: ☐ Niño ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro: _____ Fecha de nacimiento (mes/día/año): ____ / ____ / _____

Empleador: _____ Nombre del Seguro médico: _____ Teléfono: _____

Número de la tarjeta del seguro: _____ Número de grupo: _____

CHILDREN'S HEALTH

CONSENT
CMC76920-002NS **Rev. 4/2020**

General Consent for Telemedicine Services / Virtual Visit and Acknowledgements

MED REC NO. _____ ACCT NO. _____

PATIENT _____

DATE _____ LOCATION _____

DOB _____

Consent for Telemedicine Services / Virtual Visit Care and Treatment

General Consent: I consent for Patient, which may be defined as me, my child or a child for whom I have legal responsibility, to receive care and treatment at a Children's Health System of Texas hospital, facility, entity or program (collectively referred to as "Children's Health") through Telemedicine Services (which may also be referred to as a Virtual Visit). Telemedicine Services may be provided by physician, nurses, and other health care providers ("Telemedicine Providers") and may include the evaluation, diagnosis, consultation on, and treatment of Patient's medical or health condition using advanced telecommunications technology. For School Health Telemedicine Services, I agree that by signing this form, I consent for Patient to receive Telemedicine Services in my absence. I understand that photos or video of Patient may be taken in connection with Telemedicine Services and for operational, quality improvement, research, and education purposes. I understand that Children's Health is a teaching institution and agree that residents, fellows, students and other approved individuals may observe and participate in the Telemedicine Services under appropriate supervision.

I understand that Telemedicine Services include interactive audio, video or other electronic media and that there are both risks and benefits to being treated via telemedicine. I understand that Telemedicine Providers (i) may be in a location other than where Patient is located, (ii) will examine Patient face-to-face via a remote presence but will not perform a "hands-on" physical examination while using the Telemedicine Services, and (iii) must rely on information provided by Patient and any on-site health care provider(s). I further understand that Telemedicine Services may be limited or unavailable as a result of technological or equipment failures, incomplete or inaccurate data to perform the Telemedicine Services, or distortions of images or other information from electronic transmissions. I acknowledge that the Telemedicine Providers cannot be held liable for advice, recommendations and / or decisions based on factors not within their control, such as incomplete or inaccurate data provided by Patient / others or distortions of diagnostic images or specimens that may result from electronic transmission.

If the Telemedicine Providers determine that Telemedicine Services do not adequately address Patient's medical needs, the Telemedicine Providers will refer Patient for on-site medical evaluation at another provider location. If after the Telemedicine Services, Patient experiences an urgent or emergent matter, such as a negative reaction to any treatment, or if the telemedicine session is interrupted due to a technological or equipment failure, alternative treatment may be needed and I will obtain follow up care and treatment for Patient as needed.

I understand that precautions are taken to protect the confidentiality of Patient's medical information by preventing unauthorized disclosure; however, I understand and acknowledge that the security of electronic transmission of data, video images, and audio information cannot be guaranteed and confidentiality may be compromised by illegal or improper tampering.

Independent Providers: Telemedicine Providers may not be employees of Children's Health, but may be employed by other entities or be independent providers (collectively referred to as "Independent Providers"). The Independent Providers are responsible for their judgment, conduct and the care they provide through Telemedicine Services. I acknowledge that Children's Health is not responsible for the judgment, conduct or care provided by Independent Providers.

No Guarantee: I acknowledge that no guarantees or warranties have been made with respect to treatment or services to be provided at Children's Health. I understand that all supplies, medical devices and other goods provided to Patient are provided by Children's Health **AS IS** and Children's Health disclaims any expressed or implied warranties.

Text Messaging: I agree that if I provide a cell phone number for text messaging, Children's Health can provide notifications to my cell phone. I acknowledge that standard text messaging rates and fees will apply, text messaging utilizes a public telephone network and full security is not guaranteed, and that to prevent another person who has access to my phone from seeing these messages, I will need to protect my phone with a password or PIN. I understand that text messaging may not be used by me to notify Children's Health of Patient's health care needs.

Duration of Consent: I understand and agree this Consent for Telemedicine Services Care and Treatment is valid 1) for School Health Telemedicine, for the current school year, and 2) for all other Telemedicine Services / Virtual Visits, for the present and future visits for one year from the date of signature below unless I revoke the consent prior to that time.

I have read and understand the information in this Consent for Telemedicine Services / Virtual Visit Care and Treatment form.

Signature of Patient / Parent or Legally Authorized Representative* _____ Date _____ Time _____

Printed Name of Patient / Parent or Legally Authorized Representative _____ Relationship to Patient _____

Witness**Signature _____ Printed Name _____ Date _____ Time _____

***Parent or Legally Authorized Representative must sign if Patient is under 18 years of age.**
** **Witness must be an adult, over the age of eighteen (18) years, of sound mind and not a participant in the medical treatment.**

CONSENT
CMC76921-002NS **Rev. 4/2020**

CHILDREN'S HEALTH

Consentimiento general para Servicios de Telemedicina / Visitas Virtuales y reconcomimentos
General Consent for Telemedicine Services / Virtual Visit and Acknowledgements

NÚM EXP MÉD. _____ NÚM. CTA. _____

PACIENTE _____

FECHA _____ LUGAR _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

Consentimiento para Servicios de Telemedicina / atención médica y tratamientos por medio de Visitas Virtuales

Consentimiento general: doy consentimiento para que un hospital, instalación, entidad o programa del Children's Health System of Texas (Children's Health), proporcionen atención y tratamiento al Paciente, que puede definirse como yo, mi hijo o un niño del que tengo la tutela legal, por medio de los Servicios de Telemedicina (también referida como Visita Virtual). El servicio de Telemedicina puede ser facilitado por un médico, una enfermera u otro profesional clínico (Llamados en su conjunto "profesionales de Telemedicina") y puede consistir en evaluaciones, diagnósticos, consultas y tratamiento de los problemas de salud del paciente mediante sistemas modernos de telecomunicaciones. Estoy de acuerdo en que, al firmar este formulario, doy consentimiento para que el Paciente reciba Servicios de Telemedicina en mi ausencia. Entiendo que entre los Servicios de Telemedicina se incluye la realización de fotos y videos del Paciente con fines de intervenciones quirúrgicas, mejoras en la calidad, investigación y educación. Entiendo que el Children's Heafth es una institución docente y estoy de acuerdo en que los médicos residentes, médicos en subespecialización y estudiantes, entre otros sujetos autorizados, puedan observar y participar en los Servicios de Telemedicina bajo la supervisión adecuada.

Entiendo que entre los Servicios de Telemedicina están audio interactivo, video u otros medios electrónicos, y que existen tanto riesgos como beneficios de recibir tratamiento vía Telemedicina. Entiendo que los Profesionales de Telemedicina (i) pueden estar en un lugar distinto de donde está el Paciente, (ii) examinarán al Paciente cara a cara por medio de presencia remota, pero no le realizarán una exploración física al utilizar los Servicios deTelemedicina y (iii) deben basarse en la información que proporcionen el Paciente y cualquier otro(s) profesional(es) de la salud que estén presentes con el Paciente. Además, entiendo que los Servicios de Telemedicina podrían estar limitados o no estar disponibles debido a fallas tecnológicas o del equipo, información incompleta o imprecisa para realizar los Servicios de Telemedicina o distorsiones de las imágenes o de otra información recibida por transmisiones electrónicas. Reconozco que no se puede responsabilizar a los profesionales de salud de telemedicina por consejos, recomendaciones o decisiones basadas en factores fuera de su control, tales como información incompleta o imprecisa proporcionada por el Paciente u otras personas, o distorsiones de las imágenes de diagnósticos o muestras que pudieran ser resultado de la transmisión electrónica.

Si los Profesionales de Telemedicina determinan que los Servicios de Telemedicina no son los adecuados a las necesidades médicas del Paciente, el Profesional de Telemedicina remitirá al Paciente para una evaluación médica en la dirección de otro profesional de salud. Si después de recibir los Servicios de Telemedicina, el Paciente experimenta una situación emergente o urgente, como una reacción adversa a cualquier tratamiento, o si la sesión de telemedicina se interrumpe a causa de una falla tecnológica o del equipo, se podrían necesitar otros tratamientos alternos y consultaré a los profesionales de salud del Paciente para obtener los cuidados de seguimiento y la ayuda que sea necesaria.

Entiendo que se toman precauciones para proteger la confidencialidad de la información médica del Paciente mediante la prevención de divulgaciones no autorizadas; sin embargo, entiendo y reconozcoque la seguridad de la transmisión electrónica de datos, imágenes de video e información de audio no puede garantizarse y la confidencialidad puede verse comprometida debido a interferencias ilegales o indebidas.

Profesionales independientes: Los profesionales de Telemedicina podrían no ser empleados de Children's Health, sino de otras entidades, o podrían trabajar de forma independiente (estos son los llamados "profesionales independientes"). Los profesionales independientes son los únicos responsables de sus criterios y conducta, y de la atención que ofrecen a través del servicio de Telemedicina. Reconozco que Children's Health no es responsable de los criterios, la conducta ni la atención ofrecida por dichos profesionales independientes.

Sin garantías: reconozco que no se han dado garantías respecto a los Servicios de Telemedicina que se proporcionen en el Children's Health. Entiendo que todos los materiales, dispositivos médicos y otros bienes proporcionados al Paciente, los proporciona el Children's Health **TAL COMO ESTÁN** y que Children's Health deniega cualquier garantía expresa o implícita.

Mensajes de texto: entiendo que el Children's Health podrá enviar notificaciones a mi teléfono móvil. Reconozco que se cobrarán las tarifas y los cargos normales por mensajes de texto y que estos mensajes emplean una red telefónica pública, por lo que no se garantiza su total seguridad. Entiendo que necesitaré proteger mi teléfono con una clave o número de identificación para evitar que otra persona con acceso a mi teléfono pueda ver dichos mensajes. Entiendo que no puedo usar los mensajes de texto para informarle al Children's Health sobre las necesidades de atención médica del Paciente.

Vigencia del consentimiento: entiendo y estoy de acuerdo con que este consentimiento para Servicios de Telemedicina y tratamiento sea válido: 1) para el servicio de Salud Escolar de Telemedicina durante el año escolar en curso y 2) para todos los demás Servicios de Telemedicina o Visitas Virtuales, para las visitas presentes y futuras durante un año a partir de la fecha de la firma, a menos que yo lo revoque por escrito antes de ese plazo.

Certifico que he leido y entiendo la información en este formilario de consentimiento para los Servicios de Telemedicina, Visitas Virtuales y tratamiento.

Firma del paciente, padre o representante legal*	Fecha	Hora
Nombre en letra de molde del paciente, padre o representante legal	Parentesco con el paciente	

Firma del testigo**	Nombre en letra de molde	Fecha	Hora

*** Uno de los padres o el representante legal debe firmar si el Paciente es menor de 18 años de edad.**
****El testigo debe ser un adulto, mayor de dieciocho (18) años, estar en su sano juicio y no ser parte del tratamiento médico**

CHILDREN'S HEALTH

CONSENT
CMC76920-002NS **Rev. 4/2020**

General Consent for Telemedicine Services / Virtual Visit and Acknowledgements

MED REC NO. _____ ACCT NO. _____

PATIENT _____

DATE _____ LOCATION _____

DOB _____

Protected Health Information - Notice of Privacy Practices: Children's Health *Notice of Privacy Practices* addresses how Children's Health may use and disclose Patient's Protected Health Information (PHI) for treatment, payment, and healthcare operations and for other purposes allowed or required by law. I acknowledge that I have received the Children's Health *Notice of Privacy Practices* and that any questions or concerns may be directed to the Children's Health Privacy Officer.

Use and Disclosure of information: I understand that Patient's medical records are confidential and cannot be disclosed without my written authorization except as authorized by law. Authorized disclosures are addressed in the Notice of Privacy Practices. I understand that Patient's medical information includes past, present and future information and may include genetic testing / counseling, communicable disease information including Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), records related to mental health treatment / psychiatric care and alcohol / substance abuse diagnosis or treatment (collectively, "Medical Information"). I authorize release of that Medical Information as part of Patient's medical record. I understand that Children's Health must keep Patient's medical records for a time period required by law and then may dispose of such medical records as permitted or required by law.

Electronic Sharing of Medical Information: I authorize Children's Health to use Patient's Medical Information for the purposes of treatment, payment, healthcare operations (collectively referred to as "Purposes"), or as otherwise allow by law. I acknowledge that Children's Health will release and send, electronically or otherwise, Patient's Medical Information to third parties for the Purposes set forth above, or as otherwise allowed by law. I understand that Medical Information may no longer be protected by federal and state privacy laws once it is disclosed, and therefore, may be subject to re-disclosure by the recipient. Medical Information may become part of Patient's medical records kept by non-Children's Health healthcare providers and may be further disclosed.

Health Information Exchange: Children's Health participates in Health Information Exchange programs ("HIE(s)") to store and exchange Patient's Medical Information. Patient's Medical Information from non-Children's Health healthcare providers may also be stored and shared in HIE(s), and Children's Health and these other providers can use HIE(s) to see Patient's Medical Information for the Purposes set forth above, to coordinate Patient's care, and as allowed by law. I understand that Patient may opt out of HIE(s) Medical Information sharing by indicating that decision below. Patient may opt back in to HIE(s) Medical Information sharing at any time. I understand that even if Patient opts out of HIE(s) Medical Information sharing, Patient's Medical Information will still be stored in HIE(s). I understand that Patient does not have to participate in HIE(s) Medical Information sharing to receive care.

☐ I do not want Patient's Medical Information shared in HIE(s). I understand, however, that if Medical Information sharing with HIE(s) is required by law, Children's Health must act in compliance with the law. I further understand that certain Medical Information may be shared with HIE(s) in a manner that does not identify Patient.

Financial Responsibility and Assignments - Financial Responsibility: I agree to pay for the full billed charges associated with goods and services provided to Patient regardless of any applicable insurance or benefit payments and understand that all amounts are due upon request and are payable to Children's Health and any provider who provides services to Patient at a Children's Health hospital, facility, entity or program (together with the Telemedicine Providers, collectively referred to as the "Provider(s)"). Except as prohibited by law, I agree to pay for any charges not covered and covered charges not paid in full by any applicable insurance and / or benefit plan including charges payable as co-insurance, deductibles, and non-covered benefits due to policy and / or plan limitations, exclusions, and / or failure to comply with insurance and / or plan requirements. An estimate of the anticipated charges is available upon request. I understand that estimates may vary significantly from the final charges because of a variety of factors such as the course of treatment, intensity of care, Provider practices, and the need to provide additional goods and services. I also agree and understand that if Patient's account becomes delinquent and is referred to an attorney or agency for collection or suit, I will be responsible for paying all charges, reasonable attorney fees, costs, and collection expenses. I consent to credit bureau inquiries and to receiving auto-dialed, computer generated and pre-recorded message calls to my cellular telephone and to any telephone number provided during Patient's registration process from Children's Health, Providers, and their affiliates and agents including, without limitation, any account management companies, independent contractors, or collection agents.

Medicare / Medicaid Patients Only: I understand that the goods and services that I request to be provided to Patient may not be covered under Medicare / Medicaid as being reasonable and medically necessary for Patient's care. I understand that Medicare / Medicaid or their insuring agent determine the medical necessity of the goods and services requested for Patient. If Medicare / Medicaid determine that certain goods and services are not medically necessary for Patient's care and I request such goods and services be provided despite Medicare / Medicaid's denial, I understand I am solely responsible for payment for those goods and services. If Patient is a Medicare / Medicaid managed care Patient, these provisions may not apply. I certify that the information given by or on behalf of Patient in applying for payment under Medicare / Medicaid is correct. I authorize the release of medical or other information about Patient to the Social Security Administration, intermediaries, or carriers as needed for Medicare / Medicaid claims.

Notice to Patients - Third Party Payor (Health Plan Member) Information: I acknowledge that based on the information I have provided about Patient's third-party payor coverage, insurance, or benefit plan, Children's Health ☐ IS / ☐ IS NOT a participating provider under patient's third-party payor coverage, insurance, or benefit plan.

Assignment of Benefits: I irrevocably assign and convey directly to Children's Health, and any Provider, all benefits and all interest and rights, including any causes of action, ERISA (Employee Retirement Income Security Act) breach claim or other legal / administrative claim and the right to enforce payment, under any insurance policies, benefit plans, indemnity plans, prepaid health plans, third-party liability policies, or from another payor providing benefits on Patient's behalf for goods and services provided to Patient by Children's Health and Providers. I also authorize direct payment to Children's Health and Providers for the goods and services Children's Health and Providers provide to Patient. I authorize Patient's plan administrator, insurer, and / or attorney to release to Children's Health and Providers all plan documents, summary benefit description, insurance policy, and settlement information upon written request from Children's Health or Providers needed to claim medical benefits.

Under this assignment, I convey to Children's Health and Providers all of my rights to claim or place a lien on benefits related to goods and services provided by Children's Health and Providers to Patient, including rights to any settlement, insurance or applicable legal or administrative remedies, including damages arising from ERISA breach claims, and the right to appeal or pursue any denied or delayed claims. Children's Health and Providers have the right to: (1) obtain all information regarding the claim; (2) submit evidence; (3) make statements about facts or law; (4) make any request including providing or receiving notice of appeal proceedings; and / or (5) participate in any administrative and judicial actions and pursue claims, a cause of action, or right against any liable party, insurance company, benefit plan, or plan administrator. Children's Health and Providers may bring suit against any such benefit plan, plan administrator or insurance company in my name and / or Patient's name with derivative standing. This assignment is not and shall not be construed as an obligation of Children's Health and/or Providers to pursue such interest and rights.

I have read and understand the information in the Acknowledgments for Protected Health Information and Financial Responsibility and have received Children's Health's Notice of Privacy Practices.

_____ _____ _____
Signature of Patient / Parent or Legally Authorized Representative* Date Time

_____ _____
Printed Name of Patient / Parent or Legally Authorized Representative Relationship to Patient

_____ _____ _____ _____
Witness**Signature Printed Name Date Time

***Parent or Legally Authorized Representative must sign if Patient is under 18 years of age.**
****** Witness must be an adult, over the age of eighteen (18) years, of sound mind and not a participant in the medical treatment.**

CONSENT
CMC76921-002NS **Rev. 4/2020**

CHILDREN'S HEALTH

Consentimiento general para Servicios de Telemedicina / Visitas Virtuales y reconcomimentos
General Consent for Telemedicine Services / Virtual Visit and Acknowledgements

NÚM EXP MÉD. _____ NÚM. CTA. _____

PACIENTE _____

FECHA _____ LUGAR _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

Información médica protegida. Aviso sobre prácticas de privacidad: el *Aviso sobre prácticas de privacidad de* Children's Heafth expone cómo Children's Health puede utilizar y divulgar la información médica protegida (PHI, siglas en inglés) del Paciente con fines de tratamiento, pago y operaciones de la salud, así como para otros propósitos permitidos o exigidos por la ley. Reconozco que he recibido el *Aviso sobre prácticas de privacidad* de Children's Health y que cualquier pregunta o preocupación se pueden dirigir al Director de Privacidad de Children's Health.

Uso y divulgación de información: entiendo que los expedientes médicos del Paciente son confidenciales y que los datos que contienen no pueden ser divulgados sin mi autorización por escrito, excepto cuando lo autorice la ley. Las divulgaciones autorizadas están indicadas en el Aviso sobre prácticas de privacidad. Entiendo que la información médica del Paciente comprende información actual, pasada y futura, y que puede incluir pruebas genéticas o asesoramiento, información sobre enfermedades contagiosas como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), registros relacionados con tratamientos de enfermedades mentales o psiquiátricas y diagnóstico y tratamiento por abuso del alcohol o drogadicción (Información Médica). Autorizo la divulgación de esta Información Médica como parte del expediente médico del Paciente. Entiendo que Children's Health debe conservar los expedientes médicos del Paciente por un período de tiempo exigido por la ley y que luego podrá deshacerse de ellos tal como lo permita o exija la ley.

Compartición de información médica por medios electrónicos: autorizo a Children's Health a usar la Información Médica del Paciente para fines de tratamiento, pago, operaciones normales relacionadas con la atención de la salud (en conjunto denominados los Propósitos) 0 como lo permita la ley. Reconozco que Children's Health divulgará y enviará la Información Médica del Paciente a terceros, por medios electrónicos u otros, a terceros para los Propósitos que describe el presente o como lo permita la ley. Entiendo que, una vez divulgada, la Información Médica ya no estará protegida por las leyes estatales o federales de privacidad y, por lo tanto, puede quedar sujeta a volver a ser divulgada por el destinatario. La Información Médica divulgada podrá formar parte de los expedientes médicos de proveedores de atención médica distintos de Children's Health y podrá ser divulgada más adelante.

Intercambio de información Médica: Children's Health participa en ciertos programas de intercambio de información médica (HIE, siglas en inglés) para almacenar e intercambiar Información Médica del Paciente. La Información Médica del Paciente de proveedores de cuidados médicos distintos de Children's Health que han dado tratamiento al Paciente también se almacena y comparte en los HIE y Children's Health, así como esos otros proveedores, puede utilizar los HIE para ver la Información Médica del Paciente para los Propósitos descritos en este documento, para coordinar la atención al paciente y como lo permita la ley. Entiendo que el Paciente puede optar por excluirse de la compartición de Información Médica en los HIE indicando su decisión en el cuadro de abajo. El Paciente puede optar por volver a quedar incluido en la compartición de los HIE en cualquier momento. Entiendo que, incluso si el Paciente opta por excluirse de la compartición de Información Médica en los HIE, se almacenará la Información Médica del Paciente en los HIE. Entiendo que el Paciente no está obligado a participar en la compartición de Información Médica de los HIE para recibir atención médica.

☐ No quiero que la Información Médica del Paciente sea compartida con los HIE. Sin embargo, entiendo que si la ley exige que la Información Médica se comparta con los HIE, Children's Health deberá cumplir con la ley. Además, entiendo que cierta Información Médica podrá ser compartida con los HIE de manera tal que no se identifique al Paciente.

Responsabilidad financiera y cesiones. Responsabilidad financiera: acepto pagar la totalidad de los cargos facturados en relación con los bienes y servicios proporcionados al Paciente, independientemente de cualquier pago de beneficios o seguro correspondiente y entiendo que todos los montos adeudados deben pagarse a solicitud de Children's Health y de cualquier profesional que preste servicios al Paciente en algún hospital, instalación, entidad o programa de Children's Health (junto con los Profesionales de Telemedicina, los Profesionales). Salvo en la medida en que lo prohiba la ley, acepto pagar todos los cargos no cubiertos y los cargos cubiertos que no hayan sido abonados en su totalidad por el plan de beneficios o seguro correspondiente, lo que incluye cargos pagaderos como coaseguro, deducibles y beneficios no cubiertos a causa de exclusiones, limitaciones de la póliza o el plan, o el incumplimiento de los requisitos del plan o del seguro. Estará disponible, previa solicitud, una estimación de los cargos previstos. Una estimación de los cargos por anticipado está disponible a petición de la parte interesada. Entiendo que la estimación podrá variar significativamente en comparación con los cargos finales debido a diversos factores como el curso del tratamiento, la intensidad de la atención médica, las prácticas del profesional y la necesidad de suministrar bienes y servidos adicionales. Asimismo, acepto y entiendo que, si la cuenta del Paciente cae en mora y se deriva a un abogado o agencia de cobranzas, o se inician acciones legales, seré responsable de pagar todos los cargos, honorarios razonables de abogados, costos y gastos de cobranzas. Doy mi consentimiento para que las agencias de crédito realicen consultas y para recibir llamadas por marcado automático con mensajes pregrabados y generados por computadora a mi teléfono móvil y a cualquier número telefónico proporcionado durante el proceso de registro del Paciente de parte de Children's Health, los Profesionales y sus empresas afiliadas y representantes, de forma enunciativa pero no limitativa, compañías de gestión de cuentas, contratistas independientes y agentes de cobranzas.

Solo para pacientes de Medicare y Medicaid: entiendo que es posible que los bienes y servicios que el suscrito o el Paciente solicite para ser proporcionados al Pariente no estén cubiertos por Medicare o Medicaid como productos y servicios razonables y necesarios desde el punto de vista médico para la atención del Paciente. Comprendo que Medicare y Medicaid o su agente de seguros determinan la necesidad médica de los bienes y servicios que se solicitan para el Paciente. Si Medicare o Medicaid indican que determinados bienes y servicios no son necesarios desde el punto de vista médico para la atención del Paciente y los solicito igualmente a pesar de la negativa de Medicare o Medicaid, entiendo que seré exclusivamente responsable de pagar dichos bienes y servicios. Si la atención médica del Paciente es gestionada por Medicare o Medicaid, es posible que estas disposiciones no se apliquen. Certifico que la información proporcionada por el Paciente o en representación de este para solicitar el pago a través de Medicare o Medicaid es correcta. Autorizo la divulgación de información médica o de otra índole sobre el paciente a la Administración de la Seguridad Social, intermediarios o empresas, según sea necesario, para los reclamos relacionados con Medicare y Medicaid.

Aviso a los pacientes. Información sobre terceros pagadores (miembro de plan médico): reconozco que, según la información que proporcioné sobre cobertura por terceros, el seguro o el plan de beneficios del Paciente,
Children's Health ☐ ES / ☐ NO ES un proveedor participante en la cobertura de terceros pagadores, seguro o plan de beneficios del Paciente.

Cesión de beneficios: cedo de manera irrevocable y transfiero directamente a Children's Health y a cualquier Profesional todos los beneficios, intereses y derechos, incluyendo derechos de demandas, reciamos por incumplimiento de ERISA (Employee Retirement Income Security Act) u otros redamos legales o administrativos y el derecho a exigir el pago por cualquier póliza de seguros, planes de beneficios, planes de indemnización, planes de salud prepagados, pólizas de responsabilidad de terceros o los beneficios proporcionados por otro pagador en nombre del Paciente por bienes y servicios proporcionados al Paciente por parte de Children's Health y los Profesionales. También autorizo el pago directo a Children's Health y a los Profesionales por los bienes y servicios que proporcionen al Paciente. Autorizo al abogado, asegurador o administrador del plan del Paciente a permitir el acceso a Children's Health y a los Profesionales a todos los documentos del plan, descripción resumida de los beneficios, póliza de seguros o información del acuerdo, en tanto Children's Health o los Profesionales lo solicitien por escrito para reclamar beneficios médicos.

Por medio de esta cesión, transfiero a Children's Health y a los Profesionales todos mis derechos a reclamar o embargar beneficios relacionados con los bienes y servicios prestados por Children's Health y los Profesionales al Paciente, incluso los derechos con respecto a cualquier acuerdo, seguro o indemnizaciones legales o administrativas, incluidos los daños y perjuicios originados por los reclamos por incumplimiento de ERISA y el derecho a apelar o continuar reclamos denegados o demorados. Children*s Health y los Profesionales tendrán derecho a (1) obtener toda la información con respecto al reclamo; (2) presentar pruebas; (3) realizar declaraciones sobre los hechos o la ley, (4) realizar cualquier solicitud, entre estas, entregar o recibir avisos de apelación; (5) participar en cualquier acción administrativa y judicial y presentar reclamos, derechos de demandas o derechos contra partes responsables, compañías deseguros, planes de beneficios o administradores de planes. Children*s Health y los Profesionales podrán presentar demandas contra cualquiera de estos planes de beneficios, administrador de plan o compañía de seguros en mi nombre y/o el del Paciente en relación de dependencia conmigo y/o el Paciente. Esta cesión no constituye ni deberá ser interpretada como si constituyera una obligación por parte de Children's Health o los profesionales a demandar estos intereses y derechos.

Hago constar que he leído y comprendo la información en los Reconocimientos de Información Médica Protegida y Responsabilidad Financiera y que he recibido el Aviso sobre prácticas de privacidad de Children's Health.

_____ _____ _____
Firma del paciente, padre o representante legal* Fecha Hora

_____ _____
Nombre en letra de molde del paciente, padre o representante legal Parentesco con el paciente

_____ _____ _____ _____
Firma del testigo** Nombre en letra de molde Fecha Hora

*** Uno de los padres o el representante legal debe firmar si el Paciente es menor de 18 años de edad.**
****El testigo debe ser un adulto, mayor de dieciocho (18) años, estar en su sano juicio y no ser parte del tratamiento médico**

NOTICE CONCERNING COMPLAINTS

Complaints about physicians, as well as other licensees and registrants of the Texas Medical Board, including physician assistants, acupuncturists, and surgical assistants 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, Texas 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

NÚM EXP MÉD. _____ NÚM. CTA. _____

PACIENTE _____

FECHA _____ LUGAR _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

AVISO SOBRE DENUNCIAS

Las denuncias relacionadas con los médicos, así como con los titulares e inscritos en la Directiva Médica de Texas, incluyendo auxiliares médicos, acupunturistas y auxiliares quirúrgicos, pueden presentarse para posterior investigación en la siguiente dirección:

Texas Medical Board
Attention: Investigations
333 Guadalupe, Tower 3, Suite
610 P.O. Box 2018, MC-263
Austin, Texas 78768-2018

Si necesita ayuda para presentar alguna denuncia, llame al siguiente número de contacto:

1-800-201-9353

Para más información, consulte

www.tmb.state.tx.us