

Escuelas del Condado de Greater Clark  
(Greater Clark County Schools - GCCS)  
Wellness for Life Medical, LLC.

**Consentimiento y liberación de Telemedicina**

Escuela: \_\_\_\_\_

Año escolar: 2018-2019

**POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE**

Nombre legal del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: F/ M Grado: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Nro. de teléfono celular del estudiante: \_\_\_\_\_

Nro. de identificación (ID) del estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Madre/Tutor: \_\_\_\_\_ Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Tel. de contacto de día de la madre/tutor: \_\_\_\_\_ Tel. de contacto de día del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Correo electrónico de la madre/tutor: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del padre/tutor: \_\_\_\_\_

El estudiante vive con (nombres/relación): \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia/relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia/relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico de cabecera del estudiante (nombre/dirección): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha aprox. de la última visita: \_\_\_\_\_

Dentista del estudiante (nombre/dirección): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha aprox. de la última visita: \_\_\_\_\_

Farmacia (nombre/dirección): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre del plan de medicamentos con receta, si corresponde: \_\_\_\_\_

**Por favor lea y escriba sus iniciales en las correspondientes declaraciones:**

\_\_\_\_ (Iniciales) Mi niño tiene un médico de cabecera (mencionado más arriba). Autorizo que la *Nurse Practitioner* se comunique con el médico/consultorio para obtener la información necesaria para darle tratamiento y/o para compartir la información necesaria para brindarle continuidad de atención de salud a mi estudiante.

\_\_\_\_ (Iniciales) Mi niño **no tiene** un médico de cabecera. Quisiera que la *Nurse Practitioner* provea la atención de salud necesaria.

**Por favor lea y firme el consentimiento que sigue:**

Doy mi consentimiento para que el niño antes mencionado reciba los servicios de atención médica provistos por la Enfermera Practicante (NP) (u otro proveedor de atención médica con licencia de WFL) a través de la telemedicina \*sin la presencia de un padre/tutor acompañante si el padre/tutor no está disponible. El estudiante puede ser transportado por las Escuelas del Condado de Greater Clark (GCCS) para dicho propósito. La NP está proveyendo servicios a los estudiantes bajo un acuerdo mutuo entre GCCS y Wellness for Life Medical, LLC. Los servicios pueden incluir aquellos normalmente brindados por una NP, incluyendo administrar y recetar medicamentos. Doy consentimiento para que se comparta información de salud con la escuela, CMH, CPG y el médico de cabecera. Doy consentimiento para que la NP o el personal envíe un resumen de tratamiento al correo electrónico provisto en esta forma. Este consentimiento estará vigente durante el año escolar 2018-2019. Mi firma también indica que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. Acuerdo eximir de toda responsabilidad asociada con el tratamiento y el transporte a GCCS y a CMH/CPG.

ENTIENDO QUE SI DECIDO ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO DEBO COMUNICÁRSELO A GCCS POR ESCRITO.

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre/tutor)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del padre/tutor en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre/tutor)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del padre/tutor en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)