

Dear Parent or Guardian,

We are excited to announce that Health-e-Schools telehealth services are available at your child's school. Your school nurses have been trained to work with our healthcare providers online, via safe and secure computer equipment to see students during the school day.

We can treat illnesses, provide urgent and behavioral health care, and help students manage known medical conditions. We work with you; the parent or guardian and the school nurse to provide the best care possible. Our provider will contact you after the visit to discuss any concerns we note as well as treatment plans and options. Prescription medications will be sent to your usual pharmacy and visit notes will be sent to your primary care provider.

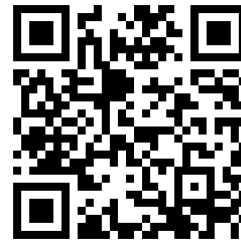
Your insurance, including all major carriers, Medicaid and NC Health Choice, will be billed just as it is when you visit your provider. No money will be exchanged in the nurse's office; copays will be billed. If your child is uninsured, we will work with you on a generous sliding scale to ensure that he or she receives the same affordable care as well.

Each student is encouraged to utilize this service.

We can diagnose and treat:

- sinus congestion, common allergies, cold symptoms
- sore throat
- ear infections
- urinary symptoms
- influenza
- behavioral health issues
- conjunctivitis ("pink eye")
- Rashes and poison ivy
- many other common conditions and illnesses

Enroll online at <https://vebapp.yosicare.com/?pid=318301>



Our services are available for virtual learning students too!

If your child does not have a fever and is not diagnosed with a contagious condition, he or she will be allowed to finish their day at school. Or, if so required, our provider can send the nurse a school excuse.

We are always open to questions or concerns and welcome your feedback. Please visit our website, email, or call if you need additional information.

Once a student is enrolled, appointments may be scheduled by emailing appts@crhi.org, or by the school nurse. Nurses will always communicate with a parent or guardian before scheduling your student to see one of our providers.

We look forward to assisting you and your student by providing health care services at his or her school.

Please complete all pages of the attached registration form and health questionnaire, sign, and return to your child's teacher or nurse.

Sincerely, The Health-e-Schools Staff

Amanda Martin, MHA, Executive Director: amanda.martin@crhi.org
Dr. Steve North, MD, MPH, Medical Director: steve.north@crhi.org
Tonya Hensley, DNP, FNP, Lead Provider: tonya.hensley@crhi.org
Lacey Jones, Managing Director: lacey.jones@crhi.org
Allison Bell, Program Director: allison.bell@crhi.org
Kelly Payne, Program Director: kelly.payne@crhi.org
For more information, please visit Health-e-Schools.com

Estimado Padre o Apoderado,

Estamos muy contentos de anunciarles que los servicios de telesalud de Health-e-Schools está disponible en la escuela de su hijo(a). Las enfermeras de su escuela han sido capacitadas para trabajar con nuestros proveedores de atención médica, en línea, a través de equipos informáticos seguros para ver a los estudiantes durante el día escolar.

Podemos tratar enfermedades, brindar una atención urgente, problemas de salud mental, y ayudar a los estudiantes con el tratamiento de condiciones médicas ya conocidas. Luego, trabajamos conjuntamente con el padre o tutor, las enfermera(o)s y el médico de atención primaria de su hijo(a) para brindar la mejor atención posible. Nuestro proveedor se comunicará con usted después de la visita para analizar cualquier inquietud que tengamos en cuenta, así como los planes y opciones de tratamiento. Los medicamentos recetados se enviarán a su farmacia habitual y se enviarán notas de visita a su proveedor de atención primaria.

Su seguro, que incluye a todas las principales aseguradoras, Medicaid y NC Health Choice, se facturará tal como se hace cuando visita a su proveedor. No se intercambiará dinero en la oficina de la enfermera; se facturarán los copagos. Si su hijo no tiene seguro, trabajaremos con usted en una escala móvil generosa para asegurarnos de que reciba la misma atención asequible.

Se alienta a cada estudiante a utilizar este servicio.

Podemos diagnosticar y tratar:

- congestión nasal, alergias comunes, los síntomas del resfriado
- dolor de garganta
- dolor de oído / infecciones
- síntomas urinarios
- Influenza
- problemas de salud mental
- conjuntivitis ("ojo rojo")
- muchas otras condiciones y enfermedades comunes

Si su hijo no tiene fiebre y no se le diagnostica una enfermedad contagiosa, se le permitirá terminar su día en la escuela. O, si es necesario, nuestro proveedor puede enviarle a la enfermera una excusa escolar.

Siempre estamos abiertos a preguntas o inquietudes y agradecemos sus comentarios. Visite nuestro sitio web, correo electrónico o llame si necesita información adicional.

Una vez que un estudiante está matriculado, las citas se pueden programar enviando un correo electrónico a appts@crhi.org, o por la enfermera de la escuela. Las enfermeras siempre se comunicarán con un padre o tutor antes de programar a su estudiante para que vea a uno de nuestros proveedores.

Esperamos poder ayudarlo a usted y a su estudiante al proporcionar servicios de atención médica en su escuela.

Complete todas las páginas del formulario de registro adjunto y el cuestionario de salud, firme y devuélvalo al maestro o la enfermera de su hijo.

Sinceramente,

El personal de Health-e-Schools

Inscribirse en línea en

<https://webapp.yosicare.com/?pid=318301>



¡Nuestros servicios también están disponibles para estudiantes de aprendizaje virtual!

Amanda Martin, MHA, Director Ejecutivo: Amanda.Martin@CRHI.org
El Dr. Steve North, MD MPH, Director Médico: Steve.North@CRHI.org
Tonya Hensley, DNP, FNP, Proveedor Principal: tonya.hensley@crhi.org
Lacey Jones, Director general: Lacey.Jones@CRHI.org
Allison Bell, Directora de Programa: allison.bell@crhi.org
Kelly Payne, Directora de Programa: Kelly.payne@crhi.org

Para más información por favor visite Health-e-Schools.com correo electrónico: APPTS@CRHI.org

PATIENT INFORMATION

Legal Name: _____
First Middle Last

Preferred Name: _____ DOB: ____/____/____ Sex: M F SSN ____ - ____ - ____

Mailing Address: _____
City State Zip

Preferred Contact #: _____ Cell/Home/Work Relationship (Self, Parent, Guardian): _____

Alt Phone #: _____ Cell/Home/Work

I wish to receive my appointment reminders via (only circle one): PHONE TEXT E-MAIL (please provide below)
 I authorize HES to leave messages on answering machine/voicemail of phone numbers listed above: YES NO

School Attending/Employed: _____ (circle one) Student Staff/Faculty

Primary Care Provider: _____ City: _____ Date of last physical: _____

Dentist: _____ City: _____ Date of last dental exam: _____

Preferred Pharmacy: _____ Street name & city: _____

Preferred language: _____ Race: _____ Ethnicity: Hispanic/Non-Hispanic

Marital Status: Married/Single/Divorced/Widow Email: _____

Emergency Contact: _____ Relationship to patient: _____

Emergency Contact phone number: _____ Alt phone number: _____

PERSON RESPONSIBLE FOR PATIENT'S ACCOUNT (i.e. Guarantor, Parent, Guardian, etc.)

Legal Name: _____ Relationship to patient: _____
First Middle Last

Mailing Address: _____
 (If different than above) City State Zip

Contact phone number: _____ Cell/Home Alt phone number: _____ Cell/Home/Work

INSURANCE

Primary Insurance:
 Subscriber's Name: _____
First Middle Last

Relationship to patient: _____ DOB: ____/____/____ SSN ____ - ____ - ____

Insurance Company: _____ Policy ID #: _____ Group #: _____

Secondary Insurance if applicable:
 Subscriber's Name: _____
First Middle Last

Relationship to patient: _____ DOB: ____/____/____ SSN ____ - ____ - ____

Insurance Company: _____ Policy ID #: _____ Group #: _____

If no insurance please circle YES

MEDICAL HISTORY

NAME (First): _____ (M) _____ (Last): _____ DOB: _____

Known Drug Allergies: _____

Allergies other than medications (such as peanuts, bee stings, etc.) _____

Please list ALL medications that patient is on, including prescriptions, vitamins and over-the-counter drugs

Medications/What do you take it for?	Dosage	How often
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Any **past** medical conditions please list: _____

Any **current** medical conditions please list: _____

Surgeries (list with dates): _____

Hospitalizations (list with dates): _____

Family History (list condition and relationship with patient): _____

Is the patient exposed to tobacco? _____ what kind: _____ how much: _____

Is the patient exposed to alcohol? _____ what kind: _____ how much: _____

AGREEMENT

HIPAA/FERPA: Health-e-Schools staff/school staff representative will share confidential information only in the following situations: when it is educationally relevant for a student's academic progress, when necessary to address potential health care needs, to ensure the safety of the patient, other students/staff/and/or school personnel, or other situations specified by law. The Health-e-Schools staff may discuss the patient's medication and other health case needs with the appropriate school staff members who will administer the student's medication and provide care to the student while the student is at school. Patients may be asked age appropriate screening questions before, during, or after visits including mental health surveys. Additional detailed information about the Privacy Practices that govern the Health-e-Schools Telehealth Program is available on our website at www.health-e-schools.com and at each school nurse office.

I, the undersigned, give permission and consent for the above enrolled patient to have treatment through and by Health-e-Schools. I understand the nature of this treatment, the way it is provided, and the details and limitations of this form and style of treatment. I give permission for Health-e-Schools to receive information from the school about my child's health history if appropriate. I acknowledge that I have been offered a copy of the Notice of Privacy Practices. I agree to release all records related to this treatment to the Primary Care Provider. I agree that I will be responsible for all costs associated with said treatment and that I will provide any insurance information as requested. All costs and fees not covered by insurance will be my responsibility. As the undersigned of the above patient, I authorize the release of any information necessary to process insurance claims for payment of benefits to Center for Rural Health Innovation for Health-e-Schools. The information above is true and complete to the best of my knowledge.

By signing this form I am stating the information I am providing is accurate and up-to-date, and I will update Health-e-Schools with any changes as soon as possible. This form is valid until written revocation is received by Health-e-Schools staff or student/staff is no longer enrolled in the school system.

Signature: _____ **Date:** _____

If you would like to speak with our medical provider, please contact Health-e-Schools at (828) 467-8815.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre legal: _____

Nombre Preferido: _____ DOB: _____ / _____ / _____ Sexo: M F SSN _____ - _____ - _____

Dirección de envío: _____

Contacto Preferido #: _____ Celular/Hogar /Trabajo Alt Teléfono #: _____ Celular/Hogar /Trabajo

Quiero recibir mis recordatorios de citas a través de (sólo circule uno): TELÉFONO TEXT E-MAIL

Autorizo a HES a dejar mensajes en el contestador automático / buzón de voz de los números de teléfono mencionados arriba: SI NO

Escuela Asistente / Empleado: _____ (marque uno) Personal Estudiantial / Facultad

Médico de Atención Primaria: _____ Ciudad: _____ Fecha del último examen físico: _____

Dentista: _____ Ciudad: _____ Fecha del último examen dental: _____ Farmacia Preferida: _____

Idioma Preferida: _____ Raza: _____ Origen étnico: hispano / no hispano

Estado Civil: Casado / Soltero / Divorciado / Viudo Email: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono de contacto de emergencia: _____ Número de teléfono alternativo: _____

PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA DEL PACIENTE (es decir, Garante, Padre, Guardián, etc.)

Nombre legal: _____

Relación con el paciente: _____ DOB: _____ / _____ / _____ Sex: M F SSN _____ - _____ - _____

Dirección de envío: _____

Teléfono de contacto: _____ Célula/Casa Número de teléfono alternativo: _____ Celular/Hogar/Trabajo

SEGURO

Seguro primario:

Nombre del Suscriptor: _____

Relación con el paciente: _____ DOB: _____ / _____ / _____ SSN _____ - _____ - _____

Compañía de seguros: _____ Número de identificación de la póliza : _____

Número del grupo #: _____

Seguros Secundarios si aplica:

Nombre del Suscriptor: _____

Relación con el paciente: _____ DOB: _____ / _____ / _____ SSN _____ - _____ - _____

Compañía de seguros: _____ Número de identificación de la póliza : _____

Número del grupo #: _____

Si no hay seguro, escriba SÍ

HISTORIAL MÉDICO

NOMBRE (Primero): _____ (M) _____ (Pasado): _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Alergias a Medicamentos Conocidos: _____

Alergias que no sean medicamentos (como cacahuete, picaduras de abejas, etc.) _____

Por favor enumere TODOS los medicamentos en los que está el paciente, incluyendo recetas, vitaminas y medicamentos de venta libre
Medicamentos / ¿Para que lo tomas? Dosis Con qué frecuencia

Medicamentos / ¿Para que lo tomas?	Dosis	Con qué frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Cualquier condición médica pasada, por favor liste: _____

Cualquier condición médica actual, por favor liste: _____

Cirugías (lista con fechas): _____

Hospitalizaciones (lista con fechas): _____

Historia familiar (condición de la lista y relación): _____

¿Está el paciente expuesto al tabaco? _____ que tipo: _____ cuánto: _____

¿Está el paciente expuesto al alcohol? _____ que tipo: _____ cuánto: _____

ACUERDO

HIPAA/FERPA: El personal de Health-e-Schools compartirá información confidencial solamente en las siguientes situaciones: cuando sea educativo relevante para el progreso académico del estudiante, cuando sea necesario para atender las necesidades potenciales de cuidado de la salud, para asegurar la seguridad del paciente, otros estudiantes / Personal/y/o personal de la escuela, u otras situaciones especificadas por la ley. El personal de Health-e-Schools puede discutir la medicación del paciente y otras necesidades de casos de salud con los miembros apropiados del personal que administrarán los medicamentos del estudiante y proveerán cuidado al estudiante mientras el estudiante esté en la escuela. A los pacientes se les pueden hacer preguntas de detección apropiadas para su edad antes, durante o después de las visitas, incluidas encuestas de salud mental. Información adicional detallada sobre las Prácticas de Privacidad que rigen el Programa de Tele de Salud-e-Schools está disponible en nuestro sitio web en www.health-e-schools.com y en cada oficina de la enfermera de la escuela. Yo, el abajo firmante, doy permiso y consentimiento para que el paciente inscrito anteriormente reciba tratamiento a través de Health-e-Schools. Entiendo la naturaleza de este tratamiento, la forma en que se proporciona, y los detalles y limitaciones de esta forma y estilo de tratamiento. Yo doy permiso para que Health-e-Schools reciba información de la escuela sobre el historial médico de mi hijo si es apropiado. Reconozco que se me ha ofrecido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad. Estoy de acuerdo en publicar todos los registros relacionados con este tratamiento al Proveedor de Atención Primaria. Estoy de acuerdo en que seré responsable de todos los costos asociados con dicho tratamiento y que proporcionaré toda la información del seguro solicitada. Todos los costos y tarifas no cubiertos por el seguro serán mi responsabilidad. Como abajo firmante de este paciente, autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar reclamaciones de seguro para el pago de beneficios a Center for Rural Health Innovation para Health-e-Schools. La información anterior es verdadera y completa según mi mejor conocimiento. Al firmar este formulario, declaro que la información que estoy proporcionando es exacta y actualizada, y actualizaré a Health-e-Schools con cualquier cambio lo antes posible. Este formulario es válido hasta que la revocación por escrito sea recibida por el personal de Health-e-Schools o el estudiante / personal ya no esté inscrito en el sistema escolar.

Firma: _____ **Fecha de firma:** _____

Si desea hablar con nuestro proveedor de atención médica, comuníquese con Health-e-Schools al (828) 467-8815.