¡Bienvenido a UT Health San Antonio TCHATT!

¿Qué es TCHATT?

TCHATT (Texas Child Health Access Through Telemedicine), es una asociación entre UT Health San Antonio y el estado de Tejas. Ofrecemos servicios GRATUITOS de atención de la salud mental y del comportamiento para los estudiantes y sus familias dentro de los distritos escolares asociados. Los estudiantes recibirán intervenciones a corto plazo y se harán referencias si se necesitan servicios a largo plazo. Tenga en cuenta que todos los servicios son de telemedicina, lo que significa que son visitas por video y NO en persona.

TCHATT actualmente presta servicios en los siguientes distritos escolares independientes:

Complete y envíe los siguientes formularios y documentos:

Una vez que se haya procesado su formulario , recibirá un correo electrónico con un enlace de activación de MyChart. Una vez que haya activado su cuenta MyChart, nos comunicaremos con usted para programar la cita de su hijo.

- ❑ Formulario de representación para menores de 18 años.....(Pagina 2)
- ❑ Formulario de divulgación de información .....(Pagina 3,4)
- ❑ Formulario de información del paciente.....(Pagina 5)
- ❑ Formulario de política de ausencias / citas perdidas.....(Pagina 6)
- ❑ Autorización de Correo Electrónico.....(Pagina 7,8)
- ❑ Copia, foto o escaneo de la tarjeta de identificación (ID) o licencia de conducir
- ❑ Copia, PDF o escaneo de documentación legal que acredite la tutela legal **(si es aplicable)**
- ❑ Copia, PDF o escaneo de Decreto de divorcio / mandato judicial **(en situaciones que involucran a padres divorciados o acuerdos de custodia ordenados por un tribunal)**
- ❑ Formulario de admisión de TRAYT: Este se enviará a su dirección de correo electrónico una vez que se reciba su paquete, y debe completarse antes de su primera cita.

Envíe estos formularios y los documentos requeridos por:

Correo electrónico: TCHATT@UTHSCSA.EDU

O por fax

(Este no es un método de transmisión seguro y no podemos garantizar la seguridad de la información durante el tránsito).

Fax: 210-450-2450

UT Health San Antonio
The University of Texas Health Science Center at San Antonio

My Chart®

Formulario de representación para menores de 18 años

Este formulario debe ser completado por un padre o tutor legal ("Apoderado") que solicite acceso a partes de la Información de salud electrónica protegida de su hijo(a) (menor de 18 años) mantenida por UT Health Science Center - UT Health of San Antonio y / o cualquiera de sus clínicas afiliadas a través de My Chart. El padre / tutor legal debe aceptar y cumplir con los términos y condiciones de la página web My Chart y este documento. El apoderado debe completar todos los campos y proporcionar una identificación con foto y documentos legales (si es el tutor legal permanente del paciente) como se indica a continuación.

Información del paciente (Menor): Todas las secciones son obligatorias; escriba en letra de molde

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:			
Dirección:					
Número de teléfono:					
Ciudad:		Estado:		Código postal:	

Información del padre/madre o el tutor legal ("Apoderado"): Todas las secciones son obligatorias: escribe en letra de molde

Correo electrónico:					
Nombre del apoderado:		Fecha de nacimiento:			
Dirección:					
Número de teléfono:					
Ciudad:		Estado:		Código postal:	

Mi relación con el menor es la siguiente:

☐ Padre/Madre ☐ Padre custodial ☐ Padre sin custodia

O

☐ Tutor legal permanente - Debe adjuntar una copia de la orden judicial que designa al tutor y la carta de tutela que verifique el estado del apoderado como tutor legal permanente del paciente.

Reconozco y acepto que:

1 Cumpliré con los términos y condiciones de la página web de MyChart y de este documento. Si soy el tutor legal permanente de este paciente, tengo la documentación adecuada que lo autoriza, lo que me permite acceder a su información médica protegida a través de MyChart.

2 Cuando mi autoridad legal para actuar en nombre del paciente ha sido inactivada, revocada, cancelada o vencida, debo notificar inmediatamente a esta institución por escrito sobre la revocación, terminación o vencimiento a: UT Medicine of San Antonio, Health Information Management Department, 8300 Floyd Curl Drive - MC 8308, San Antonio, Texas 78229

3 Entiendo que MyChart está diseñado como una fuente en línea segura de información médica confidencial.Si comparto mi ID de MyChart y mi contraseña con otra persona, esa persona puede ver la información médica de mi hijo(a) como un Pomerado de MyChart.

4 Acepto que es mi responsabilidad seleccionar una contraseña confidencial, mantener mi contraseña de manera segura y cambiar mi contraseña si creo que la confidencialidad puede haberse visto comprometida de alguna manera.

5 Entiendo que es mi responsabilidad asegurarme de que mi dirección de correo electrónico esté actualizada en todo momento, y que si mi dirección de correo electrónico no lo está, no recibiré mensajes importantes de MyChart.

6 Entiendo que MyChart contiene información médica seleccionada y limitada y que MyChart no refleja el contenido completo del registro médico electrónico, también comprendo que se puede solicitar una copia del registro médico electrónico de mi hijo(a) al Departamento de Gestión de Información de Salud.

7 Para un menor de 0 a 17 años, se me otorgará acceso completo al registro MyChart de mi hijo(a).

8 Cuando un menor cumpla 18 años, ya no tendré acceso al registro MyChart de mi niño(a).

9 He completado la Autorización de MyChart para el uso o divulgación de información médica protegida electrónica.

	/	/	/
Firma del apoderado (Required)	Relación al paciente (Requerido)	Fecha (Requerido)	Hora (Requerido)

University of Texas Health Science Center
8300 Floyd Curl, MC 8308
San Antonio, Texas 78229
Teléfono: 210-450-9760
Fax: 210-450-6058

Autorización para divulgar historiales clínicos a terceras partes

1. Autorizo a **UT Health San Antonio, Texas Child Health Access Through Telemedicine (TCHATT)** a divulgar información de los historiales clínicos de:

   Nombre del paciente: _____

   Historial clínico N°: _____ Fecha de nacimiento: _____

2. **La autorización se divulgará a:** ***El distrito escolar actual*:** _____

   Dirección (remitente/destinatario si es diferente a UT Health Physicians): _____

   Ciudad, estado, código postal: _____

   Persona de contacto: _____

   Teléfono/Fax: _____

   Autorizo a que se divulgue esta información de las siguientes maneras:

   ❑ Por escrito/Fotocopia/En papel ❑ Verbal ❑ Fax ❑ Correo electrónico *

   Propósito de la divulgación: ***Para apoyar al paciente en el ámbito escolar***

3. **Fechas de tratamiento:** De: _____ Para: _____

Informes específicos a divulgar:

❑ Notas de progreso
❑ Resumen del alta
❑ Filmación de radiografías u otras imágenes
❑ Informes de laboratorio
❑ Informes radiológicos
❑ Fotografías/Videograbaciones
❑ Informes operativos
❑ Informes de consultas
❑ Registros de otros centros
❑ Registros clínicos completos (incluidos, entre otros, datos relacionados con tratamientos médicos, seguro, información demográfica, documentos de derivación y registros de otros centros).
❑ Otro (especificar): __ ***Registros de salud limitados: información sobre la evaluación o el tratamiento de TCHATT***

Autorizo expresamente a divulgar la siguiente información:

❑ Resultados de pruebas de VIH
❑ Registros de tratamiento contra el abuso de alcohol y drogas
❑ Documentación de diagnóstico de SIDA
❑ Registros de tratamientos psiquiátricos/mentales

Entiendo que puedo suspender o revocar mi autorización en cualquier momento. Si suspendo mi autorización, mis datos ya no se usarán ni divulgarán por ninguno de los motivos contemplados en esta autorización. No obstante, cualquier divulgación ya realizada con mi autorización no se podrá recuperar. Puedo suspender esta autorización mediante notificación escrita a UT Health Physicians.

Mi tratamiento no estará relacionado con el llenado de este formulario de autorización. La información divulgada mediante esta autorización podrá volver a divulgarla la persona u organización que la recibe y es posible que ya no esté protegida por las reglamentaciones de privacidad federales o del estado de Texas.

Esta autorización tiene una vigencia de un año a menos que yo la suspenda antes o que yo especifique otro plazo. _____

Eximo a la persona u organización nombrada en esta autorización de cualquier responsabilidad u obligación legal por la divulgación de los registros autorizados en este formulario. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Me entregarán una copia de la autorización firmada, si la solicito. Una fotocopia de esta autorización tiene la misma validez que el original.

_____ _____
Firma del paciente (o del representante del paciente) Fecha

_____ _____
Nombre impreso del paciente o del representante del paciente Autoridad del representante para actuar en nombre del paciente

*Nota: La divulgación de notas de psicoterapia requiere una autorización separada.

University of Texas Health Science Center
8300 Floyd Curl, MC
8308San Antonio,
Texas 78229
Teléfono: 210-450-9760
Fax: 210-450-6058

Autorización para divulgar historiales clínicos a terceras partes

1. Autorizo a **UT Health San Antonio, Texas Child Health Access Through Telemedicine (TCHATT)** a divulgar información de los historiales clínicos de:

   Nombre del paciente: _____

   Historial clínico N°: _____ Fecha de nacimiento: _____

2. **La autorización se divulgará a:** ***Nombre del pediatra / médico de atención primaria:*** _____

   Dirección (remitente/destinatario si es diferente a UT Health Physicians): _____

   Ciudad, estado, código postal: _____

   Persona de contacto: _____

   Teléfono/Fax: _____

   Autorizo a que se divulgue esta información de las siguientes maneras:

   ❑ Por escrito/Fotocopia/En papel ❑ Verbal ❑ Fax ❑ Correo electrónico *

   Propósito de la divulgación: ***Coordinación de la atención de TCHATT con el pediatra / PCP***

3. **Fechas de tratamiento:** De: _____ Para: _____

Informes específicos a divulgar:

❑ Notas de progreso ❑ Informes de laboratorio ❑ Informes operativos
❑ Resumen del alta ❑ Informes radiológicos ❑ Informes de consultas
❑ Filmación de radiografías u otras imágenes ❑ Fotografías/Videograbaciones ❑ Registros de otros centros
❑ Registros clínicos completos (incluidos, entre otros, datos relacionados con tratamientos médicos, seguro, información demográfica, documentos de derivación y registros de otros centros).
❑ Otro (especificar:

Autorizo expresamente a divulgar la siguiente información:

❑ Resultados de pruebas de VIH ❑ Documentación de diagnóstico de SIDA
❑ Registros de tratamiento contra el abuso de alcohol y drogas ❑ Registros de tratamientos psiquiátricos/mentales

Entiendo que puedo suspender o revocar mi autorización en cualquier momento. Si suspendo mi autorización, mis datos ya no se usarán ni divulgará por ninguno de los motivos contemplados en esta autorización. No obstante, cualquier divulgación ya realizada con mi autorización no se podı recuperar. Puedo suspender esta autorización mediante notificación escrita a UT Health Physicians.

Mi tratamiento no estará relacionado con el llenado de este formulario de autorización. La información divulgada mediante esta autorización podı volver a divulgarla la persona u organización que la recibe y es posible que ya no esté protegida por las reglamentaciones de privacidad federales o d estado de Texas.

Esta autorización tiene una vigencia de un año a menos que yo la suspenda antes o que yo especifique otro plazo. _____

Eximo a la persona u organización nombrada en esta autorización de cualquier responsabilidad u obligación legal por la divulgación de los registrc autorizados en este formulario. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Me entregarán una copia de la autorizacić firmada, si la solicito. Una fotocopia de esta autorización tiene la misma validez que el original.

_____ _____
Firma del paciente (o del representante del paciente) Fecha

_____ _____
Nombre impreso del paciente o del representante del paciente Autoridad del representante para actuar en nombre del paciente

*Nota: La divulgación de notas de psicoterapia requiere una autorización separada.

UT Health San Antonio

TCHATT Texas Child Health Access Through Telemedicine

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre: (apellido)_____(primer nombre)_____(segundo nombre inicial)_____

Fecha de nacimiento:_____Seguridad Social #:_____Sexo:

Dirección:_____(Apt #)_____Ciudad: _____

Estado:_____Código postal:_____Teléfono de casa:_____Grado:_____

Idioma preferido:_____Raza:_____Etnicidad:_____

INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR:

Nombre del padre / tutor:_____Fecha de nacimiento:_____SS#:_____

Teléfono del trabajo:_____Teléfono de casa:_____correo electrónico:_____

Nombre de la madre / tutor:_____Fecha de nacimiento_____SS#:_____

Teléfono del trabajo:_____Teléfono de casa:_____correo electrónico: _____

Relación de los padres:

Proporcione una copia de la Decreto de divorcio u orden judicial en situaciones de divorcio, separación o acuerdos de custodia ordenados por la corte

Relación del tutor:

SUSCRIPTOR DE SEGUROS:

Requerido solo para servicios de medicamentos o referencias de atención a largo plazo (si corresponde).

Nombre del seguro:_____ID#:_____Grupo #:_____

Nombre del titular de la póliza:_____Fecha de nacimiento_____SS#:_____

Relación con el paciente:_____Empleador:_____

Teléfono del trabajo:_____Dirección :_____Ciudad:_____Estado:_____Código postal:_____

MEDICO DE ATENCION PRIMARIA:

Nombre del médico:_____Número de oficina: _____

Dirección:_____Ciudad:_____Estado:_____Código postal:_____

FARMACIA:

Nombre de la farmacia:_____Teléfono: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre de la persona que no vive con usted:_____Relación:_____

Teléfono de casa:_____Teléfono del trabajo: _____

Nombre del padre:_____Firma:_____Fecha:_____

Autorización de Correo Electrónico
Política de ausencias / citas perdidas

Gracias por confiar en TCHATT con sus servicios de salud psiquiátrica y conductual. Entendemos que hay emergencias o que es posible que deba cancelar o reprogramaruna cita..

Si necesita cancelar o reprogramar una cita, comuníquese con nuestra oficina lo antesposible y, a más tardar, 24 horas antes de la cita programada. Esto nos da tiempo paraprogramar a otros pacientes que pueden estar esperando una cita. Consulte nuestra política de de ausencias / citas perdidas a continuación:

Si se da una cancelación de menos de 24 horas, esto se documentará como una cita perdida:

- Por primera vez que no se presente o cancelación / reprogramación sin previoaviso de 24 horas, se puede reprogramar al paciente y recordarle la política.
- Segunda ausencia o cancelación / reprogramación sin previo aviso de 24 horas,se cancelarán todos los seguimientos programados y el paciente deberá volvera llamar para reprogramar.
- Tercera ausencia o cancelación / reprogramación sin previo aviso de 24 horas,el paciente puede ser despedido de TCHATT.

Para garantizar que a cada paciente se le proporcione el tiempo programado asignado para su visita, y para brindar la más alta calidad de atención, es muy importante llegar atiempo a cada cita programada. Llegue 15 minutos antes de la cita programada.

Como cortesía, se le llama para recordarle una cita a través de nuestro sistema automatizado dos días hábiles antes de su cita. Si aún no está seguro de la fecha u horade su cita, comuníquese con nosotros. Es responsabilidad del paciente llegar a su cita atiempo. Tenga en cuenta que, incluso si no recibe una llamada o mensaje recordatorio,la Política anterior seguirá en vigor. Estamos aquí para ayudar.

¡Gracias por usar TCHATT y esperamos poder servirle!

Nombre del Padre Familia / Guardian:_____

Firma del Padre / Tutor:_____ **Fecha:**_____

Autorización de Correo Electrónico

UT Health San Antonio ofrece a los pacientes la capacidad de comunicarse con los proveedores de atención médica por correo electrónico (e-mail) para asuntos que no son urgentes a través de un mecanismo seguro. Tanto usted, el paciente como su proveedor deben estar de acuerdo con este arreglo. ***Ninguna información se envía electrónicamente sin el permiso otorgado por usted o su representante legalmente autorizado.***

Usos adecuados del correo electrónico

El correo electrónico se puede utilizar para solicitar información y hacer preguntas que no sean urgentes. No debe usarse en emergencias. Si está experimentando un cambio repentino o severo en su salud o si necesita una respuesta inmediata, comuníquese con el consultorio de su proveedor de atención médica por teléfono, llame al 911, o vaya a una sala de emergencias.

El correo electrónico se puede utilizar para enviar información médica personal protegida para:

- Recetas / resurtidos
- Asesoramiento médico general después de una visita personal inicial
- Resultados de las pruebas de laboratorio
- Material educativo para pacientes

Mecanismo de correo electrónico seguro

Una vez que hayamos recibido su permiso, su proveedor enviará un correo electrónico a una ubicación segura. Recibirá un correo electrónico informándole que el proveedor le ha dejado un mensaje. En el correo electrónico habrá un enlace para hacer clic. Este enlace lo llevará directamente al mensaje de correo electrónico. El riesgo asociado con este mecanismo de correo electrónico es que si otras personas tienen acceso a su correo electrónico, podrán hacer clic en el enlace y podrán ver la información.

Si tiene una dirección de correo electrónico y desea aprovechar este servicio, primero comunique sus deseos con su proveedor de atención médica (p. ej. doctor). Algunos proveedores no se comunican con sus pacientes de forma electrónica. Otros pueden preguntar a un asociado, como una enfermera o una persona que factura, para que se comunique con usted, en función de su solicitud por correo electrónico.

UT Health San Antonio puede reenviar correos electrónicos según corresponda para diagnóstico, tratamiento y otras razones relacionadas. Como tal, el personal de UT Health San Antonio, que no sea su proveedor, puede tener acceso a los correos electrónicos que envíe. Dicho acceso es solo para poner a su disposición los servicios de atención médica. De lo contrario, UT Health San Antonio no reenviará correos electrónicos a nadie más sin su consentimiento previo por escrito, excepto según lo autorice o exija la ley.

Mantener registros de las comunicaciones por correo electrónico

Las comunicaciones por correo electrónico se documentarán de una de dos maneras: (1) una nota electrónica mantenida en un sistema informático y/o (2) una copia impresa archivada en su expediente médico.

Enviando correo electrónico

Por favor incluya su nombre completo y su número de historia clínica en cada mensaje de correo electrónico que envíe a su proveedor de atención médica. Esta información es necesaria para que el proveedor pueda establecer que la persona que solicita el asesoramiento médico es, de hecho, la persona que el remitente dice ser. Sin esta información, el médico no podrá responder a sus preguntas. En la línea de asunto debe incluir el propósito del correo electrónico, por ejemplo: "Solicitud de siurtido de receta".

Cuando reciba un mensaje de su proveedor con consejos médicos, confirme el mensaje enviando una breve respuesta al proveedor.

Si alguna vez se devuelve un mensaje debido a una “dirección incorrecta”, asegúrese de ingresar la dirección completa tal como se le proporcionó. Si está seguro de haber ingresado la dirección que le dio el proveedor, llame al consultorio del proveedor y asegúrese de tener la dirección de correo electrónico correcta y de que el sistema informático esté funcionando correctamente.

Si su proveedor de atención médica no responde su correo electrónico en 2-3 días, comuníquese con la oficina por teléfono.

Autorización de Correo Electrónico

UT Health San Antonio puede optar por discontinuar la comunicación por correo electrónico en cualquier momento.

Privacidad y seguridad del correo electrónico

No utilice correo electrónico para enviar o solicitar información confidencial. Esto incluye información personal que no desea que otras personas conozcan. Además, debe saber y comprender que si utiliza el correo electrónico proporcionado por su empleador, cualquier correo electrónico enviado por esa cuenta, podra ser visto por su empleador.

UT Health San Antonio no puede garantizar y no garantiza la privacidad o seguridad de los mensajes que se envían a través de Internet. Existe la posibilidad de que el correo electrónico enviado a través de Internet pueda ser interceptado y leído por otros. Si esto le preocupa, no debe comunicarse con su proveedor de atención médica por correo electrónico.

Este documento, junto con el "Aviso de prácticas de privacidad" de UT Health San Antonio, constituye un aviso de prácticas de privacidad para el uso del correo electrónico según lo exige la Junta de Examinadores Médicos del Estado de Texas.

Autorización para utilizar el correo electrónico

Me han informado y entiendo los riesgos y procedimientos relacionados con el uso del correo electrónico. Acepto los términos enumerados en este formulario y por la presente solicito, consiento y autorizo voluntariamente el uso del correo electrónico como una forma de comunicación con mi médico y sus asociados, técnicos y otros proveedores de atención médica.

Se le dará una copia de este formulario firmado para que lo guarde en sus registros.

Correro electrónico del paciente

Firma del Paciente | Fecha

Representante del Paciente (Relación) | Fecha

Gerente/Supervisor(a) de la Clinica | Fecha

Etiqueta del Paciente

CPAN
Child Psychiatry Access Network

After TCHATT, follow up with your Pediatrician.

Your pediatrician is able to support your child's mental healthcare needs. The Child Psychiatry Access Network (CPAN) serves to empower and equip pediatricians to manage mental healthcare treatment.

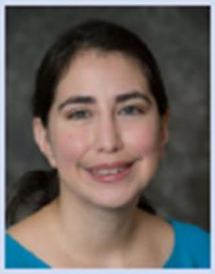
Your local CPAN team is here to help ensure your child's long-term mental and behavioral healthcare success!

Please provide this flyer to your pediatrician and ask them to contact CPAN: 1-888-901- CPAN (2726)

CPAN offers FREE services to Pediatricians:

Telephone clinical consultation for pediatricians during business hours with a child psychiatrist or mental health clinician.

Care coordination for assistance with referrals to community mental health services.



UT Health San Antonio CPAN Team

UT Health San Antonio

TCHATT Texas Child Health Access Through Telemedicine

tcmhcc