

Formulario de Consentimiento del Centro de Salud Escolar

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:
Escolar:	Grado:

Servicios provistos

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes físicos para la escuela, deportes y campamentos • Tratamiento para enfermedades agudas y crónicas y lesiones • Pruebas preventivas y seguimiento de la vista / audición • Exámenes dentales, limpiezas y rayos X • Inmunizaciones | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios y pruebas de laboratorio básicos • Intervenciones de crisis * • Administración de medicamentos • Referencias para servicios especializados • Educación sobre el uso de sustancias, consejería y referencias * • Educación individual, grupal, familiar y comunitaria | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de la salud mental y psicosocial, consejería y referencias * • Pruebas de detección de enfermedades sexuales * • Prueba de embarazo * • Prueba de VIH * • Servicios de telesalud / visitas virtuales • Servicios de trabajadores de salud comunitarios |
|--|---|--|

*** Actualmente, la Ley de Michigan afirma que estos servicios no requieren el consentimiento de los padres.**

Servicios No Suministrados:

No se administran ni recetan pastillas ni dispositivos anticonceptivos.
No se proporciona consejería, referencias ni servicios de aborto.

Si desea que su hijo/a reciba cualquier de los siguientes servicios, por favor marque la casilla "consentimiento" a lado de cada servicio, firme y ponga la fecha en la parte de abajo de la segunda página y devuelva este formulario a la escuela de su hijo.

Atención Médica

Consiento que mi hijo o yo mismo reciba atención médica a través del Centro de Salud Escolar. Tenga en cuenta: Se requiere documentación adicional para la administración de vacunas.

¿Tiene su hijo seguro de salud? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Su hijo tiene Medicaid? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Medicaid #:
---	--	-------------

Otros seguros de salud (Nombre de madre/padre asegurado, nombre de compañía de seguro y número de póliza):

Servicios Dentales

Consiento que mi hijo/a o yo mismo reciba atención dental a través del Centro de Salud Escolar.

¿Su hijo tiene seguro dental? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Su hijo tiene Medicaid? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Medicaid #:
---	--	-------------

Otros seguros dentales (Nombre de madre/padre asegurado, nombre de compañía de seguro y número de póliza):

¿Dónde lleva a su hijo a ver al dentista?	Teléfono #:	Fecha del último examen dental:
---	-------------	---------------------------------

Servicios de Asesoramiento

Consiento que mi hijo/a o yo mismo reciba servicios de consejería, de trabajador comunitario de salud y/o atención psiquiátrica (Ejemplos: asesoramiento individualizado, capacitación en habilidades de educación en salud, referencias de recursos comunitarios y divulgación y coordinación de recursos y / o servicios externos, evaluaciones y revisiones de medicamentos).

Historial de la Salud

¿Dónde lleva a su hijo a ver al médico?	Teléfono #:	Fecha del último examen físico:
Lista de alergias a medicamentos, alimentos, picaduras de abeja, etc.:	Lista de los medicamentos actuales que su hijo está tomando:	Farmacia:
¿Tiene el niño algún problema médico incluyendo discapacidades físicas o de aprendizaje? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, enumere.	
¿Los hermanos o padres del niño tienen problemas médicos o antecedentes de cáncer? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, enumere.	
¿Alguna vez su hijo ha sido paciente en el hospital durante la noche? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Si es así por qué?	
¿Su hijo alguna vez ha tenido alguna cirugía? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, describa:	¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado por un problema cardíaco? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Grado:
----------------------	----------------------	--------

Información del Padre/Madre/Tutor

Madre/tutor:	Fecha de nacimiento:	Teléfono particular/laboral:
--------------	----------------------	------------------------------

Padre/tutor:	Fecha de nacimiento:	Teléfono particular/laboral:
--------------	----------------------	------------------------------

Dirección del padre, de la madre o del tutor:

Correo electrónico:

Contacto de emergencia:	Relación:	Número de teléfono:
-------------------------	-----------	---------------------

Ingreso anual del hogar \$:	Número de personas en su hogar:	¿Cuál es el idioma que se habla con más frecuencia en el hogar?
-----------------------------	---------------------------------	---

¿Hay alguna otra información importante sobre la salud que debemos saber?

¿Desea solicitar cualquier otra asistencia o tiene algún comentario para ayudar al centro de salud a servirle mejor?

Información Adicional

Marque la casilla junto a una sola de las siguientes opciones, la que mejor describa su raza:

<input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano
<input type="checkbox"/> Más de un grupo	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> De otras islas del Pacífico
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Me niego a especificarlo	<input type="checkbox"/> No sabe

Marque la casilla junto a una de las siguientes opciones, la que mejor describa su origen étnico:

<input type="checkbox"/> Latino o hispano	<input type="checkbox"/> Me niego a especificarlo
<input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino	

Marque cualquiera de las casillas que describa su situación de vivienda actual:

<input type="checkbox"/> Compartiendo vivienda (con parientes no directos, amigos o conocidos)	<input type="checkbox"/> Refugio	<input type="checkbox"/> Otra
<input type="checkbox"/> No en situación de calle (vivienda ocupada legalmente, familia única, propia o de alquiler)		
<input type="checkbox"/> Calle (en la calle, en coches, edificios abandonados, debajo de un puente)	<input type="checkbox"/> Desconocido/no reportado	
<input type="checkbox"/> Transitorio (programa de tratamiento, hospital, prisión, motel)		

Seleccione Sí o No en función de la fuente principal de ingresos de su familia:

1. ¿En los últimos 24 meses ha trabajado en una granja o huerta plantando o recolectando cosechas? Sí No

Si respondió que no, puede saltarse las próximas 3 preguntas.

1. ¿Se ha mudado durante los dos últimos años con el fin de trabajar en agricultura? Sí No

2. ¿Debido a la naturaleza sazonal de su trabajo en agricultura, ha tenido que cambiar de trabajo, reducir el número de horas que trabaja o ha estado temporalmente desempleado durante los dos últimos años? Sí No

3. ¿Usted o la familia con quien vive han dejado de trabajar en agricultura debido a alguna discapacidad o edad avanzada? Sí No

Al firmar este consentimiento, confirmo que soy el padre, la madre o el tutor legal del alumno indicado anteriormente y que estoy autorizado a dar este consentimiento. Este consentimiento se mantendrá vigente durante un año a partir de esta fecha.

Firma del Padre, de la Madre o del Tutor suya si es mayor de 18 años:	Fecha
---	-------

Para que los miembros del personal del centro de salud proporcionen servicios, yo autorizo a la escuela a divulgar, basándose en la "necesidad de conocer", los registros escolares a los miembros del personal del Centro de Salud con base en la Escuela, y también autorizo a los miembros del personal del Centro de Salud con base en la Escuela a divulgar los registros médicos a la escuela y a mi proveedor de atención médica según sea necesario para ayudar en el tratamiento y/o para continuar atendiendo a mi hijo. Estos registros podrían incluir lo siguiente: registros de vacunación, horarios de clase, contacto con los padres, dirección, número de teléfono, afecciones médicas y de salud mental, evaluaciones de salud, medicamentos, planes de atención a la salud o información de asistencia. Los proveedores médicos y de salud mental del Centro de salud con base en la escuela pueden participar en los equipos de éxito o asistencia del alumno si fuera necesario. También autorizo a otros proveedores de atención médica del alumno indicado arriba a divulgar información a los miembros del personal del Centro de Salud con base en la Escuela según sea necesario. Esta información podría incluir lo siguiente: registros médicos, incluidos resultados de análisis de laboratorio, visitas al consultorio, admisiones en el hospital, vacunaciones e información sobre el IMC (índice de masa corporal) ingresada en el MCIR (sigla en inglés de Registro de Mejora de la Atención de Michigan), registros dentales y de salud mental. Por este medio autorizo a que el Centro de salud con base en la escuela proporcione los servicios según se indicó anteriormente. Entiendo que, si tengo cobertura, se le facturará a mi compañía de seguro por los servicios proporcionados. Todos los alumnos son atendidos sin importar su capacidad de pago. Por este medio autorizo a los miembros del personal del Centro de Salud con base en la Escuela a divulgar cualquier registro médico requerido por el asegurador, para obtener el pago. En cumplimiento de las reglas de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA), los miembros del personal del Centro de Salud con base en la Escuela usarán y compartirán mi información de salud personal (PHI) para: 1) tratar la afección de salud de mi hijo y mantener la continuidad de la atención de mi hijo, 2) pagar por los servicios de salud proporcionados a mi hijo, y 3) operaciones de atención a la salud de rutina incluido para fines de mejora de la calidad, acreditación y educación, u otras divulgaciones según lo exija la ley. Entiendo que el documento de Notificación de Prácticas de Privacidad está a mi disposición en el o los centros donde mi hijo recibe sus servicios de atención de salud y en el sitio web de Cherry Health.