



**Formulario de consentimiento del Centro de Salud Escolar**

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **SSN:** \_\_\_\_\_  
**Escuela:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_

**Atención médica**

**Servicios prestados:**

- Exámenes físicos para la escuela, los deportes y los campamentos
- Tratamiento para enfermedades y lesiones agudas y crónicas
- Exámenes de la vista/audición y seguimiento
- Referencias para servicios especializados
- Pruebas y servicios básicos de laboratorio

**Doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba atención médica** a través del Centro de Salud Escolar.

¿Su hijo/a tiene seguro médico? S / N

**Seguro médico (elijá uno):**

N.º de Medicaid / Seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

**Nombre del padre asegurado, nombre del seguro y número de póliza**

¿A dónde lleva a su hijo/a a ver al médico? \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_

Lista de alergias a medicamentos, alimentos, picaduras de abeja, etc.: \_\_\_\_\_

Si su hijo/a sufre alergias, ¿necesita un Epi-Pen? S / N

Lista de medicamentos actuales, dosis y tiempo de toma: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Farmacia: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a algún problema médico, incluidas discapacidades físicas/de aprendizaje? S / N Si respondió que sí, especifique: \_\_\_\_\_

¿Los hermanos o padres del niño/la niña tienen algún problema médico? S / N. Si respondió que sí, especifique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a alguna vez se ha sometido a una cirugía? S / N Si respondió que sí, describa: \_\_\_\_\_

¿Qué idioma se habla con más frecuencia en su hogar? \_\_\_\_\_

¿Hay alguna otra información de salud importante que debemos saber? \_\_\_\_\_

¿Le gustaría solicitar alguna otra ayuda, o tiene algún comentario para ayudar al centro de salud a atenderle mejor? \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje de voz con resultados **NEGATIVOS** de las pruebas? \_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, FIRME EN EL REVERSO**

### Información de los padres/tutores

Madre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono residencial/laboral: \_\_\_\_\_  
Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono residencial/laboral: \_\_\_\_\_  
Dirección del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

### Autorización para la divulgación de información

En cumplimiento de las normas de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), los miembros del personal del Centro de Salud Escolar utilizarán y compartirán mi Información Médica Personal (Personal Health Information, PHI) para: 1) el tratamiento de la afección de salud de mi hijo/a y la continuidad de la atención de mi hijo/a, 2) el pago de los servicios de salud prestados a mi hijo/a, y 3) las operaciones rutinarias de atención médica, incluida la mejora de la calidad, acreditación, fines educativos, u otras divulgaciones según lo requerido por la ley. Entiendo que el documento de Aviso de Prácticas de Privacidad está a mi disposición en los lugares donde mi hijo/a recibe sus servicios de atención médica y en el sitio web de Tri-Area Community Health (TACH).

Para que los miembros del personal del centro de salud brinden servicios, autorizo a la escuela a divulgar los registros escolares según la “necesidad de saber” a los miembros del personal del Centro de Salud Escolar, y también autorizo al personal del Centro de Salud Escolar a divulgar la historia clínica a la escuela, al departamento de salud y a mi proveedor de atención médica según sea necesario para ayudar en el tratamiento o la continuidad de la atención de mi hijo/a. Estos registros pueden incluir, entre otros, registros de vacunas, horarios de clases, contacto, dirección, número de teléfono de padres/tutores, afecciones médicas y de salud conductual, exámenes de salud, medicamentos, planes de atención médica o información de asistencia. Los proveedores médicos y de salud mental del Centro de Salud Escolar pueden participar en equipos de éxito o asistencia estudiantil, si es necesario. También autorizo a otros proveedores de atención médica del estudiante mencionado anteriormente a divulgar información a los miembros del personal del Centro de Salud Escolar según sea necesario.

Entiendo que si mi hijo/a requiere los Servicios de Salud Escolar, se harán intentos razonables para contactarme y, si no me pueden localizar, doy mi consentimiento para que los proveedores en la clínica atiendan a mi hijo/a.

Por la presente autorizo al Centro de Salud Escolar a proporcionar los servicios indicados anteriormente. Autorizo a TACH a presentar mi seguro por los servicios prestados. Solicito que el pago se haga directamente a TACH. Entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos, independientemente del estado o la falta de seguro. Las solicitudes de tarifas móviles están disponibles en [www.triareahealth.org](http://www.triareahealth.org).

**Al firmar este consentimiento, confirmo que soy el padre/madre/tutor legal del estudiante mencionado anteriormente y estoy autorizado para dar este consentimiento. Este consentimiento estará vigente durante un año a partir la fecha indicada.**

**Firma del padre/madre/tutor:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_