

**STRONG HEALTH
SCHOOL BASED HEALTH CENTER**

Office Use Only

MRN:

NPV:

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PATERNO DEL SCHOOL BASED HEALTH CENTER

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido del estudiante: _____

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
Mes Día Año

Número de Seguro Social del estudiante: _____

Sexo: Masculino Femenina Grado: _____

Pertenencia étnica: Latino Negro Blanco Otro

Dirección del Estudiante: _____

Código Postal

¿Quién es el doctor regular del estudiante?

Nombre : _____

Teléfono : _____

Dirección : _____

INFORMACIÓN DEL PADRE / GUARDIAN

Madre

Apellido : _____ Nombre : _____

Padre

Apellido : _____ Nombre : _____

Relación de Guardián, si aplica:

Apellido : _____ Nombre : _____

Relación del guardian legal con el estudiante:

¹ Abuelo ² tía/tío ³ Otro: _____

Información de Contacto para los padres o tutores

Números de Teléfono:

(hogar): _____ (trabajo): _____

(beeper o celular): _____

Información de Contacto de emergencia adicionales

Nombre : _____ Relación con el estudiante: _____

Números de Teléfono:

(hogar): _____ (trabajo): _____

(beeper o celular): _____

INFORMACIÓN DE SEGUROS

¿Su hijo tiene Medicaid?

No Sí: # de identificación de Medicaid: _____

¿Tiene su hijo Child Health Plus?

No Sí: # de identificación de CHP: _____

¿Su hijo tiene otro tipo de seguro?

No Sí: Nombre : _____

de identificación: _____

Si su hijo no tiene seguro le gustaría ayuda para obtener seguro médico? No Sí

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES DEL SCHOOL BASED HEALTH CENTER

He leído y entendido los servicios enumerados en la siguiente página (Servicios del School Based Health Center) y mi firma al pie de los documentos da el consentimiento para que mi hijo/a reciba los servicios proveídos por el School Based Health Center.

NOTA: Por ley, el consentimiento de los padres no es necesaria para la realización de exámenes mandatos, la aplicación de un tratamiento de primeros auxilios, atención prenatal, los servicios relacionados con el comportamiento sexual y la prevención del embarazo y la provisión de servicios para la salud del estudiante cuando aparece estar en peligro. Consentimiento de los padres no es necesaria para los estudiantes que son mayores de 18 años o para estudiantes que ya son padres o tienen la habilidad legal para firmar en su propio nombre. Mi firma indica que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

X _____
Firma del padre o guardián (o estudiante de 18 años o más, o que sea permitida por la ley) Fecha

HIPAA CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

He leído y entendido la divulgación de información de salud en el reverso de este formulario y mi firma indica mi consentimiento a la divulgación de información médica según lo especificado.

X _____
Firma del padre o guardián (o estudiante de 18 años o más, o que sea permitida por la ley) Fecha

Servicios del School Based Health Center

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba los servicios de salud proporcionados por el Personal Médico de Strong como parte del programa del School Based Health Center aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Yo entiendo que la confidencialidad entre el estudiante y el profesional de la salud se llevará a cabo en áreas de servicio específico, de conformidad con la ley, y que los estudiantes se les animará a involucrar a sus padres o tutores en el asesoramiento y las decisiones de atención médica. Los servicios del School Based Health Center pueden incluir, pero no están limitados a:

1. Examen físico (examen médico completo), incluyendo los de la escuela, los deportes, documentos de trabajo y los nuevos entrantes.
2. De prescripción médica para pruebas de laboratorio como para la anemia, anemia falciforme, y la diabetes.
3. La atención médica y tratamiento, incluyendo el diagnóstico de la enfermedad aguda y crónica y las enfermedades, y la prescripción y dispensación de los medicamentos.
4. Servicios de salud mental, incluyendo la evaluación, diagnóstico, consejería y referencias.
5. Servicios de salud reproductiva, incluidos los anticonceptivos, (píldoras anticonceptivas, Depo (la vacuna), etc., pruebas de embarazo, detección y tratamiento de ETS, pruebas de VIH, Papanicolaou, y referencias para resultados anormales, como apropiada la edad.
6. La consejería de nutrición y la de peso.
7. La educación sanitaria y asesoramiento para la prevención de comportamientos de riesgo tales como: drogas, abuso de alcohol y tabaco, así como la educación sobre la abstinencia y la prevención del embarazo, infecciones de transmisión sexual y el VIH, como apropiada la edad.
8. Referencias para servicios no proveídos en el School Based Health Center.

STRONG HEALTH

Autorización para divulgar información de Salud Mental y/o Médica

Mi firma en el reverso de este documento autoriza el intercambio de información entre los médicos del School Based Health Center y la enfermera del Rochester City School District. Asimismo, autorizo el intercambio de información médica con otros proveedores médicos que han examinado el estudiante nombrado en este formulario y nuestro proveedor de seguros. Entiendo que la información sólo se requiere por ley estatal y / o información para proteger la salud y la seguridad de los estudiantes será divulgada a la enfermería y la única información necesaria para asegurar la continuidad de la atención se intercambiará con las oficinas de atención de salud.

Información requerida por RCSD puede incluir pero no es limitado a:

- Examen para nuevos entrants
- Inmunizaciones
- Resultados de vision y auditorio
- Resultados del examen tuberculin.

Información para proteger la salud y seguridad puede incluir pero no es limitado a:

- Condiciones que podrían requerir tratamiento médico de emergencia.
- Condiciones que limitan la actividad diaria del estudiante
- Diagnosis de ciertas enfermedades contagiosas (**no** incluyendo las infecciones VIH/ITS y otros servicios confidenciales protegidos por ley.

Información para proveer continuidad de servicios médicos puede incluir pero no es limitado a:

- Inmunizaciones y exámenes físico
- Tratamiento referente a enfermedades agudas o crónicas incluyendo medicaciones prescritas y a resultados de cualquier prueba diagnóstica.
- Resultados de vigilancias hechas relatados a cualquier enfermedad aguda o crónica.
- Referidos hecho a especialistas.

Yo entiendo que:

- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una solicitud por escrito a la dirección del School Based Health Center, salvo cuando la revelación ya se ha hecho basándose en mi autorización previa.
- Si la persona o institución que recibe divulgación de información médica privada no es un médico o proveedor de seguro médico cubierto por las regulaciones de privacidad, la información mencionada anteriormente puede ser revelada.
- Si la información está protegida autorizado por las reglas federales de confidencialidad en relación con el abuso de sustancias, no puede ser divulgada sin mi consentimiento escrito salvo disposición en contrario en el Reglamento.
- Divulgación de información sobre el VIH requiere una autorización adicional.
- Si la información de registros médicos no se envía a otro proveedor de cuidado, puede haber un cargo por los registros solicitados.

Período de tiempo durante la cual está autorizada Divulgación de información:

De: Fecha de la firma que se forman en la página siguiente

A: Fecha en la que los estudiantes ya no está inscrito en el School Based Health Center

FAVOR DE REVISAR AMBOS LADOS DE ESTE DOCUMENTO