

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS ESCOLARES

El Distrito Escolar de la Ciudad de Cleveland Heights-University Heights («CH-UH») se asocia con The MetroHealth System («MetroHealth») para ofrecer Servicios de Salud Complementarios Escolares. Es necesario completar este formulario de consentimiento para que su hijo reciba servicios de salud complementarios. **Se proporcionarán servicios de enfermería escolar y de emergencia independientemente de que usted decida participar o no en estos servicios adicionales.**



Información del estudiante/paciente			
Apellido:		Nombre:	
Fecha de nacimiento:		Número de Seguro Social:	
Sexo (marque con una X): <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Hombre		Género (marque con una X): <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Otro	
Dirección:		Ciudad:	
Estado:		Código postal:	
Nombre de la escuela:		Idioma preferido:	
Se identifica como hispano (marque con una X)? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Raza (marque con una X): <input type="radio"/> Indígena americano / nativo de Alaska <input type="radio"/> Caucásico <input type="radio"/> Afroamericano <input type="radio"/> Nativo estadounidense / isleño del Pacífico <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Me niego a decir <input type="radio"/> Otro:	
Médico de cabecera		Farmacia preferida	
Nombre:		Nombre:	
Ubicación (marque con una X): <input type="radio"/> NEON <input type="radio"/> MetroHealth <input type="radio"/> Care Alliance <input type="radio"/> Cleveland Clinic <input type="radio"/> Neighborhood Family Practice <input type="radio"/> UH/Rainbow Babies and Children <input type="radio"/> Otro:		Dirección:	
		Número de teléfono:	
Información del tutor legal			
Apellido:		Nombre:	
Fecha de nacimiento:		Número de Seguro Social:	
Teléfono del hogar:		Teléfono móvil:	
Empleador:		Teléfono del empleador:	
Información del seguro del estudiante/paciente			
El niño/adolescente tiene seguro médico (marque con una X): <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Nombre de la compañía de seguros:		Nombre del suscriptor:	
Número de grupo:		Identificación (ID) del suscriptor:	
Información de contacto en caso de emergencia			
Nombre:		Relación:	
Número de teléfono:		¿Podemos dejar un mensaje? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

Historial médico del estudiante (para ser completado por el padre / madre / tutor legal)	
Historial médico del paciente/estudiante (marque con una X todo lo que corresponda)	
<input type="radio"/> Asma <input type="radio"/> Trastorno urinario / de la vejiga <input type="radio"/> Trastorno sanguíneo <input type="radio"/> Trastorno intestinal <input type="radio"/> Cáncer/leucemia <input type="radio"/> Depresión/ansiedad <input type="radio"/> Trastorno del desarrollo <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Eccema <input type="radio"/> Migrañas <input type="radio"/> Anteojos / lentes de contacto <input type="radio"/> Audífonos <input type="radio"/> Trastorno cardíaco <input type="radio"/> Trastorno renal / de riñón <input type="radio"/> Neumonía <input type="radio"/> Convulsiones <input type="radio"/> Tuberculosis/TB <input type="radio"/> Problemas intestinales / estreñimiento <input type="radio"/> Otro (explique):	
Historial de vacunación	
<input type="checkbox"/> NO HAY ALERGIAS CONOCIDAS <input type="checkbox"/> SÍ – Haga una lista a continuación:	
¿Su hijo alguna vez ha tenido una reacción a alguna vacuna/inyección? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
En caso afirmativo, explique la reacción:	
Medicamentos:	
Alimentos:	Estacionales:
Insectos:	Animales:
¿Qué vacuna/inyección causó la reacción?	

Consentimiento para servicios/tratamientos de salud

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba los Servicios de Salud Complementarios Escolares (los «Servicios») que se enumeran abajo cuando sean necesarios para promover la salud de mi hijo. Entiendo que estos Servicios serán realizados por un proveedor de MetroHealth a través del Programa de Salud Escolar de MetroHealth. También entiendo que el examen y el tratamiento pueden ser en persona o por telesalud. El tratamiento recibido mediante la telesalud no permite el contacto directo con el paciente y puede ser afectado por la calidad de la transmisión. Si ya no quiero que mi hijo reciba los servicios de telesalud, puedo solicitar que se suspendan, y esa solicitud no afectará mi capacidad de obtener atención médica para mi hijo en el futuro. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta sobre los Servicios comunicándome con MetroHealth al (216) 957-1303.

El Programa de Salud Escolar de MetroHealth puede proporcionar los servicios a continuación a menos que usted indique lo contrario. Marque con una X cualquier servicio o vacuna que NO desee que su hijo reciba.

- Exámenes físicos (bienestar del niño, deportes, trabajo)
- Atención y tratamiento de lesiones/enfermedades
- Administración de medicamentos (albuterol, epinefrina, antibióticos, medicamentos con y sin receta médica)
- Pruebas de laboratorio de rutina
- Atención de problemas de salud comunes en niños/adolescentes (peso, acné, problemas menstruales)
- Atención de ciertas enfermedades crónicas (como asma, trastornos convulsivos o diabetes)
- Evaluación, detección e intervención de salud mental/conductual
- Servicios de bienestar sexual
- Examen y tratamiento de la visión y audición
- Exámenes y servicios dentales (radiografías dentales, selladores y limpiezas; empastes terapéuticos, aplicaciones de flúor)
- Programas de educación para la salud y prevención
- Servicios de medicina deportiva

Vacunas (Inyecciones)

La enfermera de la escuela y el equipo del Programa de Salud Escolar revisarán el expediente de su hijo para determinar qué vacunas son necesarias.

Vacunas requeridas por la escuela:

- DTap/Td Tdap Polio Meningococo A
- MMR (sarampión, paperas, rubéola)
- Hepatitis B Varicela

Vacunas recomendadas para niños/adolescentes:

- Virus del papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés) Influenza (gripe) Hepatitis A
- Meningococo B

Visite <http://www.immunize.org/vis/> para encontrar la Declaración de Información sobre Vacunas de cada inyección para aprender más sobre los riesgos y beneficios de todas las vacunas.

Acuerdo de responsabilidad financiera

Siempre que sea posible, los seguros u otros programas de cobertura de atención médica se facturarán para ayudar a cubrir el costo de la atención. Si corresponde, acepto proporcionar información completa, precisa y oportuna relacionada con cualquier seguro médico disponible para que MetroHealth pueda solicitar el pago de manera oportuna. Estos Servicios se brindan a las familias independientemente de que el estudiante tenga o no un seguro médico o la capacidad de pagar. Otorgo a MetroHealth el derecho de presentar solicitudes de reembolso en virtud de cualquier póliza de seguro médico privado, Medicare, Medicaid o cualquier otro programa que yo identifique para el cual pueda haber un beneficio disponible para pagar los servicios proporcionados a mi hijo a través del Programa de Salud Escolar.

He leído y comprendido la información sobre los Servicios de Salud Complementarios Escolares proporcionados a través del Programa de Salud Escolar de MetroHealth. Mi firma da el consentimiento para que mi hijo reciba los Servicios mientras sea estudiante en las escuelas del CH-UH. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento proporcionando una solicitud por escrito a

Firma del padre / madre / tutor legal (o del estudiante, si tiene 18 años o más o si la ley lo permite):

Nombre en letra de imprenta: _____

Relación con el estudiante: _____ **Fecha:** _____

Autorización para divulgar información médica

Autorizo a MetroHealth a proporcionar la información médica de mi hijo, incluidos los diagnósticos, los registros de tratamiento, las vacunas y los resultados de laboratorio, al personal del CH-UH involucrado en el funcionamiento, la administración y la evaluación de su programa de salud. Este personal del CH-UH puede incluir enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, terapeutas del habla, psicólogos, trabajadores sociales, coordinadores de salud, investigadores y otro personal administrativo (en conjunto, el «Personal de Salud del CH-UH»). Las comunicaciones de MetroHealth con el Personal de Salud del CH-UH se harán para ayudar con el tratamiento, la derivación y la coordinación de la atención de mi hijo y para ayudar con la evaluación del Programa de Salud Escolar y sus servicios.

También autorizo al personal del CH-UH a proporcionar una copia de la información médica u otra información personal relevante dentro de los registros escolares de mi hijo a MetroHealth para que MetroHealth pueda entender mejor las necesidades de salud de mi hijo, coordinar la atención de mi hijo, proporcionar tratamiento o derivación y evaluar el Programa de Salud Escolar y sus servicios. La información que el CH-UH proporciona a MetroHealth puede incluir el acceso a los registros académicos, de asistencia y de comportamiento individuales de mi hijo.

Entiendo que se puede requerir el consentimiento de mi hijo para la divulgación de cierta información de diagnóstico y tratamiento relacionada con enfermedades de transmisión sexual, SIDA, VIH, enfermedades de salud mental, tratamiento psiquiátrico y tratamiento por abuso de drogas o alcohol. MetroHealth solo puede divulgar la información relacionada con dichos diagnósticos, pruebas o tratamientos según se indique en esta autorización y según lo permita la ley vigente.

Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización y que lo hago por mi propia voluntad. Si me niego a firmar esta autorización, esto no impedirá de ninguna manera que mi hijo reciba atención o tratamiento de MetroHealth o del Personal de Salud del CH-UH correspondiente. Entiendo que puedo cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento antes de la divulgación de la información médica de mi hijo. También soy consciente de que existe la posibilidad de que la información divulgada en virtud de esta autorización vuelva a ser divulgada por el destinatario y deje de estar protegida.

Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad: Se me ha notificado que puedo solicitar una copia de los formularios del Aviso de Prácticas de Privacidad de The MetroHealth System. Sé que también puedo verlos en línea en: <https://www.metrohealth.org/patients-and-visitors>. Entiendo que los términos del Aviso de Privacidad pueden cambiar y que puedo obtener estos avisos modificados comunicándome con The MetroHealth System por teléfono o por escrito. Entiendo que tengo derecho a preguntar cómo se utilizará o divulgará la información médica protegida.

CERTIFICO QUE HE LEÍDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA Y DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE DIVULGUE LA INFORMACIÓN DE MI HIJO COMO SE DESCRIBE ANTERIORMENTE. ADEMÁS, RECONOZCO QUE HE RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE CÓMO RECIBIR EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD TAL COMO SE EXPLICA EN ESTE DOCUMENTO.

ESTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN SERÁ VÁLIDO MIENTRAS MI HIJO ESTÉ MATRICULADO EN LAS ESCUELAS DEL CH-UH O HASTA QUE LO CANCELE POR ESCRITO.

Firma del padre / madre / tutor legal (o del estudiante, si tiene 18 años o más o si la ley lo permite): _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Relación con el estudiante: _____ Fecha: _____

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento del estudiante:	Escuela del estudiante:	
------------------------	-------------------------------------	-------------------------	--