

Nombre(s) y apellido(s) del estudiante: _____

Fecha de nacimiento del estudiante: _____



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD CON SEDE EN LA ESCUELA



El Distrito Escolar Metropolitano de Cleveland ("CMSD") y Say Yes Cleveland ("SYC") se asocian con agencias comunitarias para ofrecer servicios de salud adicionales con sede en la escuela. Hay que completar este formulario de consentimiento antes de que su hijo reciba los servicios de salud de los proveedores asociados con CMSD. **Se proporcionará los servicios de enfermería escolar y de emergencia sin importar si decide o no participar en estos servicios adicionales.**

Información del estudiante/paciente

Apellido(s) del estudiante: _____ Nombre(s) del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo al nacer (Marque su respuesta): Mujer Hombre Género: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ Escuela: _____

Idioma por el estudiante preferido: _____ ¿Es latino/hispano el estudiante? (Marque su respuesta) Sí No

Raza (Marque su respuesta): Nativoamericano/Nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico

Blanco Negro/Afroamericano No deseo contestar Otro: _____

Padre/Representante (Esta persona será el contacto principal respecto a la salud del estudiante)

Apellido(s): _____ Nombre(s): _____

Fecha de nacimiento: _____ Empleador (si está disponible): _____

Teléfono _____ Email _____

Relación con el estudiante _____ ¿Reside con el estudiante? Sí No

Seguro médico del estudiante/paciente (si se sabe)

¿El estudiante tiene seguro? (Marque su respuesta) Sí No

Compañía de Seguro médico: _____ Nombre(s) y apellidos(s) del Suscriptor: _____

Número de grupo: _____ ID del suscriptor: _____

Contacto de emergencia (aparte del padre/representante)

Nombre(s) y apellido(s): _____ Relación con el estudiante: _____

Teléfono: _____ ¿Podemos dejar mensaje? Sí No

Historia clínica del estudiante (Padre/Representante debe llenar esta sección). Marque todas las que aplican.

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas de vejiga/
tracto urinario | <input type="checkbox"/> Problemas de salud
mental | <input type="checkbox"/> Trastorno de intestino |
| <input type="checkbox"/> Cáncer/Leucemia | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Trastorno sanguíneo | <input type="checkbox"/> Tuberculosis/TB |
| <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Lentas/Lentes de contacto | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Consumo de tabaco |
| <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Audífonos | <input type="checkbox"/> Pulmonía | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias/
drogas |
| <input type="checkbox"/> Nació prematuro | | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Nivel elevado de plomo
(actualmente o en
el pasado) |
| <input type="checkbox"/> Anemia de célula
falciforme | | <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos | |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de columna | | <input type="checkbox"/> Problemas de desarrollo | |
| <input type="checkbox"/> Otro (Explique, por favor) _____ | | | |

Nombre(s) y apellido(s) del estudiante: _____ Fecha de nacimiento del estudiante: _____

Proveedor de atención primaria

Médico de atención primaria (PCP por sus siglas) _____ Ubicación del PCP (Marque su respuesta) Neighborhood Family Practice UH/Rainbow Babies and Children Care Alliance NEON Otro: _____ MetroHealth

Farmacia preferida

Nombre de farmacia: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Alergias del estudiante/paciente

NO TIENE ALERGIAS CONOCIDAS **SÍ**—Indique cuales: Insectos: _____
Alimentos: _____ De temporada: _____
Medicamentos: _____ Animales: _____

Vacunas

¿Ha tenido su hijo alguna vez una reacción a cualquier vacuna/inyección? Sí No En caso AFIRMATIVO, explique por favor _____ ¿Cuál de las vacunas/inyecciones causó la reacción? _____

Servicios: Servicios adicionales proporcionadas en la escuela podrán incluir los siguientes, a menos que usted indique que no desea que su hijo los reciba.

Tache los servicios que NO DESEA QUE SU HIJO RECIBA.

- Exámenes físicos (anual, deportes, trabajo)
- Atención y tratamiento de lesiones/enfermedades
- Administración de medicamentos recetados (albuterol, epinefrina, antibióticos, medicamentos con receta y sin receta)
- Pruebas rutinarias de laboratorio
- Atención de problemas de salud pediátricos/adolescentes comunes (peso, acné, problemas menstruales)
- Cuidado de ciertas condiciones crónicas (como asma, trastornos convulsivos o diabetes)
- Evaluación de o intervención en la salud mental/conductual (se requiere consentimiento adicional de padre/representante para menores de 18 años)
- Tratamiento contra el abuso de alcohol o drogas
- Servicios de salud sexual
- Servicios de evaluación y tratamiento de la visión y la audición
- Prueba de detección de plomo
- Prueba de detección de COVID-19
- Pruebas y servicios dentales (radiografías, sellantes dentales, limpieza dental, relleno dental, aplicación de fluoruro)
- Educación para la salud y programas de prevención
- Servicios de medicina de deportes

Vacunas: El enfermero escolar y el equipo de salud revisará la historia clínica de su hijo para determinar qué vacunas necesita.

Tache las vacunas que NO DESEA que su hijo reciba:

Vacunas requeridas para asistir a la escuela:

- DTap/Td (difteria, tétanos y tos ferina de niños)
- Tdap (tétanos, difteria y tos ferina de adolescentes)
- Polio
- Hepatitis B
- Vacuna Triple Vírica/SPR (Sarampión, Paperas, Rubéola)
- Meningococo Grupo A
- Varicela

Vacunas recomendadas para adolescentes:

- Virus del papilloma humano (VPH)
- Influenza (gripe)
- Hepatitis A
- Meningococo Grupo B
- COVID-19

Visite <http://www.immunize.org/vis/> para encontrar información que explica los riesgos y beneficios de cada vacuna.

¹A lo largo de este formulario, el término "Padre/Representante" significa cualesquier de los siguientes: padres/representantes/menores de edad emancipados firmando por sí mismo.

Nombre(s) y apellido(s) del estudiante: _____

Fecha de nacimiento del estudiante: _____

Consentimiento Servicios de salud/Tratamiento

Al firmar abajo, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba los Servicios de salud adicionales en la escuela (los "Servicios") que se enumeran a continuación cuando sea necesario para la salud de mi hijo. Entiendo que estos Servicios serán realizados por un proveedor de salud en asociación con CMSD y que la información de contacto de todos los proveedores de salud asociados se puede encontrar en el sitio web de CMSD en <https://www.clevelandmetroschools.org/Page/19754>. También entiendo que el examen y el tratamiento pueden ser en persona o por telesalud. El tratamiento recibido mediante telesalud no permite el contacto directo con un paciente y puede verse afectado por la calidad de la transmisión. Si ya no quiero que mi hijo reciba cualquiera de los Servicios, puedo solicitar que se detengan, y esa solicitud no afectará mi capacidad de obtener atención médica para mi hijo en el futuro.

Acuerdo de Responsabilidad financiera

El seguro u otros programas de cobertura de atención médica se facturan siempre que sea posible para ayudar a cubrir el costo de la atención. Si corresponde, acepto proporcionar información completa, precisa y oportuna relacionada con cualquier seguro de salud disponible para que los proveedores asociados de CMSD puedan buscar el pago de manera oportuna. Estos Servicios se brindan a los estudiantes sin importar si el estudiante tenga o no un seguro o la capacidad de pagar. Otorgo a los proveedores asociados de CMSD el derecho a presentar reclamos de reembolso bajo 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 brindados a mi hijo. He leído y comprendo la información sobre los Servicios de Salud Escolares adicionales disponibles a través de los proveedores de salud asociados de CMSD. Mi firma indica consentimiento para que mi hijo reciba los Servicios mientras mi hijo sea un estudiante en CMSD. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento proporcionando una solicitud por escrito a CMSD.

Firma del Padre/Representante (o del estudiante si tiene 18 años o más o de cualquiera otra manera permitida por la ley): _____

Nombre(s) y apellido(s) del Padre/Representante en letra de imprenta: _____

Relación con el estudiante: _____

Fecha: _____

Autorizo a los proveedores de salud asociados de CMSD a proporcionar la información médica de mi hijo, incluido el diagnóstico, los registros de tratamiento, las vacunas y los resultados de laboratorio, a los funcionarios escolares de CMSD, incluido el personal de SYC y a terceros, que participen en la facilitación de las iniciativas de salud y bienestar de los estudiantes de CMSD, con el fin de coordinar tratamiento, referidos y/o atención. Autorizo a CMSD y SYC a proporcionar una copia de la información médica u otra información personal relevante dentro de los registros escolares de mi hijo a los proveedores de salud asociados de CMSD. Acepto permitir que los proveedores de salud asociados de CMSD accedan a los registros académicos, de asistencia y de comportamiento de mi hijo del año escolar actual y de años anteriores para que puedan brindarle mejores servicios a mi hijo.

Entiendo que se puede requerir mi consentimiento expreso (o en algunos casos, el consentimiento expreso de mi hijo) para la divulgación de cierta información de diagnóstico y tratamiento relacionada con enfermedades de transmisión sexual, SIDA, VIH, enfermedades mentales, tratamiento psiquiátrico y/o drogas o tratamiento del consumo de alcohol. Los proveedores de salud asociados de CMSD solo pueden divulgar información relacionada con dicho diagnóstico, prueba o tratamiento como se indica en esta autorización y según lo permitido por la ley aplicable.

Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización, que lo hago por mi propia voluntad y que si me niego a firmar esta autorización para divulgar la información de mi hijo, de ninguna manera impedirá que mi hijo reciba atención o tratamiento de cualquiera de los proveedores enumerados. Entiendo que puedo rescindir esta autorización por escrito en cualquier momento, antes de la divulgación de la información de mi hijo, aunque dicha rescisión no afectará la información divulgada antes de la presentación de un aviso de rescisión por escrito. También soy consciente de que existe la posibilidad de que la información divulgada bajo este consentimiento sea divulgada nuevamente por el destinatario y ya no esté protegida.

Confirmación de Aviso de políticas de privacidad

Me han notificado que puedo solicitar una copia de los formularios de Aviso de políticas de privacidad de los proveedores de salud asociados de CMSD. Sé que también puedo verlos en línea en <https://www.clevelandmetroschools.org/Page/19754>. Entiendo que los términos del Aviso de privacidad pueden cambiar y puedo recibir estos avisos modificados comunicándome con los proveedores de salud asociados de CMSD por teléfono o por escrito. Entiendo que tengo derecho a preguntar cómo se usará o divulgará mi información médica protegida. CERTIFICO QUE HE LEÍDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA Y CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE MI HIJO COMO SE DESCRIBE ANTERIORMENTE. ADEMÁS, RECONOZCO QUE HE RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE CÓMO RECIBIR NOTIFICACIÓN DE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD COMO SE EXPLICA EN ESTE DOCUMENTO. ESTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN SERÁ VÁLIDO MIENTRAS MI HIJO ESTÉ INSCRITO EN CMSD O HASTA QUE LO TERMINE POR ESCRITO.

Firma del Padre/Representante: _____

Nombre(s) y apellido(s) del Padre/Representante: _____

Relación con el Estudiante: _____

Fecha: _____