

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD SUPLEMENTARIOS EN LAS ESCUELAS



El Distrito Escolar Metropolitano de Cleveland (“CMSD”) está asociado con varias agencias comunitarias para ofrecer Servicios Suplementarios de Salud Basados en las Escuelas. Es obligatorio rellenar este formulario de consentimiento para tratamiento médico para que su hijo(a) pueda recibir servicios de salud suplementarios. **Su hijo(a) seguirá recibiendo los servicios de emergencia y enfermería en las escuelas aunque usted decida participar o no participar en estos servicios suplementarios.** Es posible que algunos de los servicios suplementarios no estén disponibles en todos los locales de las escuelas del “CMSD”. (Pregúntele a la enfermera de la escuela sobre la disponibilidad de estos servicios).

Información sobre el estudiante/paciente		
Apellido del estudiante:		Primer nombre:
Fecha de nacimiento:	Sexo (encerrar en un círculo): Femenino o Masculino	No. de Seguro Social:
Dirección postal:		Ciudad:
Estado:	Código postal:	No. de teléfono:
Nombre de la escuela:		
Idioma de preferencia:	¿Se identifica usted como hispano(a)? (encerrar respuesta en un círculo) Sí o No	
Raza (encerrar en un círculo): Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Nativo-Americano/Islas del Pacífico Caucásico Afroamericano Me niego a responder Otros:		
Nombre de su médico de cabecera (“PCP”):		
Lugar donde visita a su médico de cabecera (“PCP”) (encerrar respuesta en un círculo): Care Alliance - Cleveland Clinic – MetroHealth - Neighborhood Family Practice – NEON - UH/Rainbow Babies and Children Otros:		
Información sobre el tutor legal		
Apellido del tutor:		Primer nombre:
Fecha de nacimiento:	No. de Seguro Social:	
No. de teléfono (casa):	No. de celular:	
Empleador:	No. de teléfono del empleador:	
Información sobre el seguro médico del estudiante/paciente		
¿Tiene el estudiante/paciente tiene seguro médico? (encerrar respuesta en un círculo): Sí o No		
Nombre del seguro médico:	Nombre del asegurado:	
Grupo No.:	ID# del asegurado:	
Información de contacto para casos de emergencia		
Nombre:	Parentesco/Vínculo:	
No. de teléfono:	¿Podemos dejar un mensaje? Sí o No	

Historial médico del estudiante (debe ser rellenado por los padres o el tutor legal)**Historial médico del estudiante/paciente (encerrar en un círculo todos los que correspondan)**

Asma	Cáncer/Leucemia	Eccema	Migrañas
Nacimiento prematuro	Anemia falciforme	Enfermedades de la columna vertebral	Problemas urinarios/vejiga
Convulsiones	Anteojos/Lentes de contacto	Audífonos	Problemas de salud mental
Problemas de la sangre	Diabetes	Neumonía	Enfermedad renal
Problemas cardiacos	Trastornos del desarrollo	Problemas intestinales/ Estreñimiento	Tuberculosis/TB
Otros (Explique):			

Medicamentos que está tomando el paciente/estudiante (vitaminas, inhaladores, medicamentos bajo receta médica, otros)

Nombre del medicamento	Dosis	Cantidad	Cuántas veces al día

Nombre de la farmacia de preferencia:

Dirección: _____ No. de teléfono: _____

Alergias que tiene el paciente/estudiante

<input type="checkbox"/> SÍ – Indicar los tipos de alergia más abajo:	<input type="checkbox"/> NO ALERGIAS QUE SE CONOZCA
Alimentos:	
Medicamentos:	
Insectos:	
Temporada:	
Animales:	

Historial de vacunas

¿Ha tenido su hijo(a) alguna reacción a algunas de las vacunas? Sí o No

Si marcó Sí, por favor explique el tipo de reacción:

¿Qué vacuna causó la reacción?:

Historial de hospitalizaciones/cirugía del paciente/estudiante

¿Fue hospitalizado alguna vez?: Sí o No Explicar: _____

¿Tuvo cirugías?: Sí o No Explicar: _____

Fue a la sala de emergencia el año pasado?: Sí o No ¿Cuántas veces?: _____

Historial médico de la familia (encerrar en un círculo todos los que correspondan) indicando quien lo padece (madre, padre, abuelo(a), hermano, hermana)

Anemia	Presión arterial alta
Síndrome de muerte infantil súbita ("SIDS")	Asma
Dolor de cabeza	Derrame cerebral
Diabetes	Alcoholismo/Drogadicción
SIDA/VIH	Cáncer
Artritis	Nivel alto de colesterol
Enfermedad cardiaca	Convulsiones
Anemia falciforme	Tuberculosis/TB
Problemas de salud mental	Otros (escriba)

Formulario de consentimiento para servicios de salud suplementarios en las escuelas

El propósito de este formulario de consentimiento es el permitir que los padres/tutores/menores de edad emancipados/estudiantes mayores de 18 años de edad:

- (1) den su consentimiento informado para que el estudiante participe y reciba tratamiento médico por parte de médicos de MetroHealth y/o Care Alliance Health Center y/o ASIA Inc./International Community Health Center o por profesionales del cuidado de la salud a través del Programa de Salud en las Escuelas, estando o no usted presente;
- (2) acepten responsabilidad del pago por cargos y honorarios que no estén cubiertos por el seguro; y
- (3) autoricen la revelación de la información médica protegida ("PHI") del estudiante menor de edad que se encuentre en The MetroHealth System (MetroHealth) y/o Care Alliance Health Center y/o ASIA Inc./International Community Health Center y lo revelen al personal médico de las escuelas del Distrito Escolar Metropolitano de Cleveland involucrado en la operación y administración de su programa de salud (enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y terapeutas del habla).

Consentimiento para recibir servicios de salud/tratamiento médico

Firmando más abajo, el Padre/Madre/Tutor Legal da su consentimiento para que su hijo(a) reciba los servicios médicos necesarios y/o recomendados por los Servicios de Salud Suplementarios en las Escuelas que se listan más abajo ("el servicio") proveídos por el personal médico de MetroHealth y/o Care Alliance Health Center y/o ASIA Inc./International Community Health Center o por profesionales del cuidado de la salud que prestan servicios a través del Programa de Salud en las Escuelas y que se proveen a través de MetroHealth o Care Alliance Health Center o ASIA Inc./International Community Health Center. El Padre/Madre/Tutor Legal entiende que él/ella tiene la libertad de hacer preguntas y el derecho de que sus preguntas sean contestadas sobre los riesgos, beneficios y alternativas al "servicio" llamando a Care Alliance al (216)535-9100 Ext 285 o a MetroHealth al (216)957-1303 o a ASIA Inc./International Community Health Center al (216)361-1223; y que MetroHealth y/o Care Alliance Health y/o ASIA Inc./International Community Health Center recomiendan que el Padre/Madre/Tutor Legal haga las preguntas que él/ella tengan sobre los servicios antes de firmar el formulario de consentimiento. El Padre/Madre/Tutor Legal acepta y entiende que firmando el formulario de consentimiento, él/ella acepta los servicios y las inmunizaciones que se mencionan más abajo. **Si existen servicios o vacunas en específico que usted no quiere que su hijo(a) reciba, por favor enciérrelos en un círculo.**

(Encierre en un círculo los servicios o vacunas que usted **NO** quiere que su hijo(a) reciba.)

- Exámenes físicos (adolescente sano, deportes, empleo)
- Cuidado y tratamiento de lesiones y enfermedades
- Pruebas de laboratorio de rutina
- Medicamentos bajo receta médica
- Cuidado en la prevención de condiciones físicas comunes de los adolescentes (problemas con el acné, la menstruación y el peso)
- Cuidado de ciertas enfermedades crónicas (como asma, convulsiones o diabetes)
- Servicios para la salud sexual (consejos sobre relaciones sexuales, incluyendo anticonceptivos)
- Evaluaciones de salud mental y del comportamiento, exámenes e intervenciones (se necesita el consentimiento del padre/madre/tutor legal para menores de 14 años de edad)
- Exámenes de la vista y oídos y servicios de seguimiento, si fuera necesario
- Exámenes y servicios de higiene oral (rellenos, fluoruro), si fuera necesario
- Programas de salud sobre educación y prevención
- Servicios de medicina deportiva

Vacunas (inyectables)

La enfermera de la escuela y el equipo del Programa de Salud en las Escuelas examinarán los registros de su hijo(a) para determinar el tipo de vacuna que él/ella necesita.

Vacunas que requieren las escuelas:

- DTap (Difteria, Tétano, Tos Ferina) /Td (Tétano, Difteria)
- Tdap ((Tétano, Difteria, Tos Ferina) · Polio · Hepatitis B
- MMR (Sarampión, Paperas, Rubéola) · Meningitis A
- Varicela

Vacunas recomendadas para adolescentes/menores:

- Virus del Papiloma Humano (HPV) · Influenza (Gripe)
- Hepatitis A · Meningitis B

Visite <http://www.immunize.org/vis/> para encontrar información sobre las vacunas, y la explicación sobre los riesgos y beneficios de cada vacuna.

Acuerdo de Responsabilidad Financiera

Si corresponde, MetroHealth y/o Care Alliance Health Center y/o ASIA Inc./International Community Health Center facturará a la compañía(s) de seguro médico de su hijo(a) por los cargos y honorarios cubiertos por el plan de seguro médico de su hijo(a). El Padre/Madre/Tutor Legal acepta suministrar información completa, correcta y oportuna con relación al seguro médico disponible para que MetroHealth y/o Care Alliance Health Center y/o ASIA Inc./International Community Health Center pueda recibir pago por los servicios prestados de manera oportuna. El Padre/Madre/Tutor Legal entiende que si no facilita la información de cobertura de seguros de salud de manera completa, correcta y oportuna, incluyendo cualquier cambio en el seguro médico, podría impedir al proveedor de servicios médicos a que cumpla con las regulaciones administrativas del seguro médico de su hijo(a). El Padre/Madre/Tutor Legal entiende que, bajo pedido, puede conseguir de MetroHealth y/o Care Alliance Health Center y/o ASIA Inc./International Community Health Center una lista de los cargos normales, acostumbrados y razonables.

YO, PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL, EN PLENO USO DE MIS FACULTADES FÍSICAS Y MENTALES, CERTIFICO QUE HE LEÍDO ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y QUE HE RECIBIDO LA DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE, INCLUYENDO EL PROCESO DE QUEJAS Y AGRAVIOS, QUE ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN DEL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD Y TRATAMIENTO MÉDICO Y CON LAS SECCIONES DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA MENCIONADOS MÁS ARRIBA, Y QUE DOY LIBREMENTE MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE MI HIJO(A) RECIBA LOS SERVICIOS DE SALUD SUPLEMENTARIOS RECOMENDADOS.

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal: _____

Nombre del Padre/Madre/Tutor Legal (con letra de molde): _____

Parentesco/Vínculo con el menor/estudiante: _____ Fecha: _____

(DAR VUELTA A ESTA HOJA PARA OTRA FIRMA)¹

Autorización para Revelar Información Protegida (“PHI”)

Yo autorizo a MetroHealth y/o a Care Alliance Health Center y/o a ASIA Inc./International Community Health Center que entregue la información médica de mi hijo(a), incluyendo diagnósticos, expedientes médicos de tratamientos, inmunizaciones y/o resultados de los análisis de laboratorio a las enfermeras de las escuelas del Distrito Escolar Metropolitano de Cleveland para que puedan coordinar los tratamientos, recomendar especialistas y dar cuidado médico. Para ayudar a coordinar el cuidado médico, MetroHealth y/o Care Alliance Health Center y/o ASIA Inc./International Community Health Center podrá recibir y copiar la información médica de su hijo(a) con la ayuda del personal de las escuelas del Distrito Escolar Metropolitano de Cleveland involucrado en la operación y administración de su programa de salud. Esta autorización expira en el momento en que su hijo(a) deje de ser un estudiante del Distrito Escolar Metropolitano de Cleveland o cuando se cancele la autorización por escrito y/o cuando su hijo(a) cumpla 18 años de edad.

Entiendo que mi consentimiento expreso, incluyendo el de su hijo(a), podría ser necesario para revelar información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, SIDA, VIH, plomo, trastornos mentales, tratamientos psiquiátricos y/o tratamientos por el abuso del uso de drogas y alcohol. Si su hijo(a) se ha sometido a pruebas, ha sido tratado o diagnosticado de cualquiera de tales lesiones, enfermedades o trastornos, MetroHealth y/o Care Alliance Health Center y/o ASIA Inc./International Community Health Center están específicamente autorizados a revelar información de tales diagnósticos, pruebas o tratamientos, tal como se indica en este documento de autorización.

En cuanto a los expedientes médicos relacionados con el tratamiento por abuso de alcohol y drogas, la ley federal prohíbe al receptor divulgar esa información a no ser que exista un consentimiento adicional, expreso y por escrito emitido por la persona a quien pertenece dicha información o como lo permita la ley federal.

Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización, que si lo firmo lo hago por voluntad propia y que si me niego a firmar esta autorización para revelar la información médica protegida (“PHI”) de mi hijo(a), ello no impedirá que la persona participante reciba cuidado o tratamiento médico de parte de MetroHealth y/o Care Alliance Health Center y/o ASIA Inc./International Community Health Center. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, haciéndolo por escrito, antes de que liberen la información médica protegida (“PHI”) de mi hijo(a)

Confirmación de haber recibido el Aviso sobre la Política de Privacidad

He recibido una copia del Aviso sobre la Política de Privacidad si mi hijo(a) es un paciente Nuevo en The MetroHealth System y/o Care Alliance Health Center y/o ASIA Inc./International Community Health Center. He sido informado que puedo solicitar una copia de los formularios del Aviso sobre la Política de Privacidad de The MetroHealth System y/o Care Alliance Health Center y/o ASIA Inc./International Community Health Center en cualquiera de las escuelas que ofrece el programa de salud si mi hijo(a) ha sido un paciente de The MetroHealth System y/o Care Alliance Health Center y/o ASIA Inc./International Community Health Center en el pasado. También sé que puedo leer los formularios en línea:

The MetroHealth System:

<http://www.metrohealth.org/upload/docs/main/Patient%20Visitor%20Information/VII-07BNoticeofPrivacyPractices.pdf>

Care Alliance Health Center

<http://www.carealliance.org/wp-content/uploads/2016/05/Notice-of-Privacy-Practices-FY-2016.pdf>

ASIA Inc./International Community Health Center

http://www.asiaohio.org/wp-content/uploads/2014/11/ASIA_3_Forms_English.pdf

YO, PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL, CERTIFICO QUE HE LEÍDO ESTE DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN QUE SE UTILIZA PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (“PHI”) DE MI HIJO(A) A LAS ENFERMERAS DE LAS ESCUELAS DEL DISTRITO ESCOLAR METROPOLITANO DE CLEVELAND.

I, PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL CONFIRMO QUE HE RECIBIDO INFORMACIÓN DE CÓMO RECIBIR EL AVISO SOBRE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD TAL COMO SE EXPLICA EN ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO.

ESTE DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN PERMANECERÁ VÁLIDO MIENTRAS EL ESTUDIANTE ESTÉ INCRIPTO EN UNA DE LAS ESCUELAS DEL DISTRITO ESCOLAR METROPOLITANO DE CLEVELAND O HASTA QUE SEA REVOCADO POR ESCRITO.

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal: _____

Nombre del Padre/Madre/Tutor Legal (con letra de molde): _____

Parentesco/Vínculo con el menor/estudiante: _____

Fecha: _____

Nombre completo del estudiante:	Fecha de nacimiento del estudiante:	Nombre de la escuela del estudiante:

¹ Los términos “Padre/Madre/Tutor Legal” que se utilizan en este formulario corresponden a los siguientes grupos: padres/tutores legales/menores de edad emancipados que firman por sí mismos/estudiantes mayores de 18 años de edad que firman por sí mismos.