



# Formulario de Consentimiento del Centro de Salud Escolar

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Escolar: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

### Servicios provistos:

- Exámenes físicos para la escuela, deportes y campamentos
- Tratamiento para enfermedades agudas y crónicas y lesiones
- Pruebas preventivas y seguimiento de la vista / audición
- Exámenes dentales, limpiezas y rayos X
- Inmunizaciones
- Servicios y pruebas de laboratorio básicos
- Intervenciones de crisis\*
- Administración de medicamentos
- Referencias para servicios especializados
- Educación sobre el uso de sustancias, consejería y referencias\*
- Educación individual, grupal, familiar y comunitaria
- Evaluación de la salud mental y psicosocial, consejería y referencias\*
- Pruebas de detección de enfermedades sexuales\*

**(\*)Actualmente, la Ley de Michigan afirma que estos servicios no requieren el consentimiento de los padres.**

### Servicios No Suministrados:

No se administran ni recetan pastillas ni dispositivos anticonceptivos.  
No se proporciona consejería, referencias ni servicios de aborto.

Si desea que su hijo reciba cualquier de los siguientes servicios, por favor marque la casilla "consentimiento" a lado de cada servicio, firme y ponga la fecha en la parte de abajo de la segunda página y devuelva este formulario a la escuela de su hijo.

### Atención Médica

**Consiento que mi hijo reciba atención médica** a través del Centro de Salud Escolar.

Tenga en cuenta: todas las vacunas requeridas y recomendadas se darán a menos que el padre o tutor indique lo contrario.

¿Tiene su hijo seguro de salud? S / N

### Seguro médico (elija uno):

Medicaid #: \_\_\_\_\_

Asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre de madre/padre asegurado, nombre de compañía de seguro y número de póliza

Otro: \_\_\_\_\_

¿Dónde lleva a su hijo a ver al médico? \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_

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

Lista de los medicamentos actuales que su hijo está tomando: \_\_\_\_\_

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

¿Tiene el niño algún problema médico incluyendo discapacidades físicas o de aprendizaje? S / N En caso afirmativo, enumere. \_\_\_\_\_

¿Los hermanos o padres del niño tienen problemas médicos o antecedentes de cáncer? S / N En caso afirmativo, enumere. \_\_\_\_\_

¿Alguna vez su hijo ha sido paciente en el hospital durante la noche? S / N

¿Si es así por qué? \_\_\_\_\_

¿Su hijo alguna vez ha tenido alguna cirugía? S / N En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

### Servicios Dentales

**Consiento que mi hijo reciba atención dental** a través del Centro de Salud Escolar. Algunos tratamientos pueden ser provistos por una higienista o asistente.

¿Su hijo tiene seguro dental? S / N

### Seguro dental (elija uno):

Medicaid #: \_\_\_\_\_

Asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre de madre/padre asegurado, nombre de compañía de seguro y número de póliza

Otro: \_\_\_\_\_

¿Dónde lleva a su hijo a ver al dentista? \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen dental: \_\_\_\_\_

### Servicios de Asesoramiento

**Consiento que mi hijo / a reciba servicios de consejería** (Ejemplos: asesoramiento individualizado, referencias de recursos comunitarios y divulgación y coordinación de recursos y / o servicios externos).

**Si el paciente tiene 14 años o más, no se requiere el consentimiento de los padres.\***

**Información del Padre/Madre/Tutor**

Madre/tutor: \_\_\_\_\_ F. de nac.: \_\_\_\_\_ Teléfono particular/laboral: \_\_\_\_\_

Padre/tutor: \_\_\_\_\_ F. de nac.: \_\_\_\_\_ Teléfono particular/laboral: \_\_\_\_\_

Dirección del padre, de la madre o del tutor: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Ingreso anual del hogar \$: \_\_\_\_\_ Número de personas en su hogar: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el idioma que se habla con más frecuencia en el hogar? \_\_\_\_\_

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

¿Desea solicitar cualquier otra asistencia o tiene algún comentario para ayudar al centro de salud a servirle mejor? \_\_\_\_\_

**Información Adicional**

**Marque la casilla junto a una sola de las siguientes opciones, la que mejor describa su raza:**

- |                                                              |                                                   |                                                      |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático                 | <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano         |
| <input type="checkbox"/> Más de un grupo                     | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái          | <input type="checkbox"/> De otras islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Blanco                              | <input type="checkbox"/> Me niego a especificarlo | <input type="checkbox"/> No sabe                     |

**Marque la casilla junto a una de las siguientes opciones, la que mejor describa su origen étnico:**

- |                                           |                                               |                                                   |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Latino o hispano | <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino | <input type="checkbox"/> Me niego a especificarlo |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------|

**Marque cualquiera de las casillas que describa su situación de vivienda actual:**

- |                                                                                                                      |                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Compartiendo vivienda (con parientes no directos, amigos o conocidos)                       | <input type="checkbox"/> Refugio                  |
| <input type="checkbox"/> No en situación de calle (vivienda ocupada legalmente, familia única, propia o de alquiler) | <input type="checkbox"/> Otra                     |
| <input type="checkbox"/> Calle (en la calle, en coches, edificios abandonados, debajo de un puente)                  | <input type="checkbox"/> Desconocido/no reportado |
| <input type="checkbox"/> Transitorio (programa de tratamiento, hospital, prisión, motel)                             |                                                   |

**Encierre en un círculo S o N según su fuente primaria de ingresos o la de su familia:**

1. ¿En los últimos 24 meses ha trabajado en una granja o huerta plantando o recolectando cosechas? S N

**Si respondió que no, puede saltarse las próximas 3 preguntas.**

1. ¿Se ha mudado durante los dos últimos años con el fin de trabajar en agricultura? S N
2. ¿Debido a la naturaleza zafra de su trabajo en agricultura, ha tenido que cambiar de trabajo, reducir el número de horas que trabaja o ha estado temporalmente desempleado durante los dos últimos años? S N
3. ¿Usted o la familia con quien vive han dejado de trabajar en agricultura debido a alguna discapacidad o edad avanzada? S N

**Al firmar este consentimiento, confirmo que soy el padre, la madre o el tutor legal del alumno indicado anteriormente y que estoy autorizado a dar este consentimiento. Este consentimiento se mantendrá vigente durante un año a partir de esta fecha.**

**Firma del Padre, de la Madre o del Tutor**

**Fecha**

Para que los miembros del personal del centro de salud proporcionen servicios, yo autorizo a la escuela a divulgar, basándose en la "necesidad de conocer", los registros escolares a los miembros del personal del Centro de Salud con base en la Escuela, y también autorizo a los miembros del personal del Centro de Salud con base en la Escuela a divulgar los registros médicos a la escuela y a mi proveedor de atención médica según sea necesario para ayudar en el tratamiento y/o para continuar atendiendo a mi hijo. Estos registros podrían incluir lo siguiente: registros de vacunación, horarios de clase, contacto con los padres, dirección, número de teléfono, afecciones médicas y de salud mental, evaluaciones de salud, medicamentos, planes de atención a la salud o información de asistencia. Los proveedores médicos y de salud mental del Centro de salud con base en la escuela pueden participar en los equipos de éxito o asistencia del alumno si fuera necesario. También autorizo a otros proveedores de atención médica del alumno indicado arriba a divulgar información a los miembros del personal del Centro de Salud con base en la Escuela según sea necesario. Esta información podría incluir lo siguiente: registros médicos, incluidos resultados de análisis de laboratorio, visitas al consultorio, admisiones en el hospital, vacunaciones e información sobre el IMC (índice de masa corporal) ingresada en el MCIR (sigla en inglés de Registro de Mejora de la Atención de Michigan), registros dentales y de salud mental. Por este medio autorizo a que el Centro de salud con base en la escuela proporcione los servicios según se indicó anteriormente. Entiendo que, si tengo cobertura, se le facturará a mi compañía de seguro por los servicios proporcionados. Todos los alumnos son atendidos sin importar su capacidad de pago. Por este medio autorizo a los miembros del personal del Centro de Salud con base en la Escuela a divulgar cualquier registro médico requerido por el asegurador, para obtener el pago. En cumplimiento de las reglas de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA), los miembros del personal del Centro de Salud con base en la Escuela usarán y compartirán mi información de salud personal (PHI) para: 1) tratar la afección de salud de mi hijo y mantener la continuidad de la atención de mi hijo, 2) pagar por los servicios de salud proporcionados a mi hijo, y 3) operaciones de atención a la salud de rutina incluido para fines de mejora de la calidad, acreditación y educación, u otras divulgaciones según lo exija la ley. Entiendo que el documento de Notificación de Prácticas de Privacidad está a mi disposición en el o los centros donde mi hijo recibe sus servicios de atención de salud y en el sitio web de Cherry Health.