

PROGRAMA DE SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR

Complete el siguiente formulario después de revisar cuidadosamente las políticas y procedimientos que rigen los servicios de salud para estudiantes y, a continuación, firme los consentimientos necesarios incluidos en este documento. Esto es necesario para que usted (si es un estudiante mayor de 18 años) o su hijo(a) puedan participar en el Programa de Servicios de Salud Escolar. Entregue el documento completo en la secretaría de la escuela de su hijo(a).

Información personal del estudiante Completado por el padre/madre/tutor o estudiante mayor de dieciocho (18) años				
Apellido del estudiante:		Nombre del estudiante:		Fecha de nacimiento:
Nombre de la escuela o instalación de cuidado infantil:				
Dirección:	Dpto.:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Designación étnica: <i>(marque todas las opciones que correspondan)</i> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No hispano/latino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder				
Raza: <i>(marque todas las opciones que correspondan)</i> <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaai/de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiero no responder				
Información del padre/madre/tutor				
Nombre del padre/madre/tutor 1:			Nombre del padre/madre/tutor 2:	
Teléfono:	Correo electrónico:		Teléfono:	Correo electrónico:
Vínculo con el estudiante:			Vínculo con el estudiante:	
Teléfono del padre/madre/tutor:			Teléfono del padre/madre/tutor:	
Nombre del contacto de emergencia/vínculo con el estudiante:			Teléfono del contacto de emergencia:	
Información del seguro				
Tipo de seguro: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ninguno		Nombre/n.º de identificación del seguro:		
		Plan del seguro:		
Si su hijo(a) no tiene seguro médico, ¿le gustaría que el gestor de casos clínicos se pusiera en contacto con usted para ayudarlo a obtener uno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Nombre del proveedor de atención primaria:				
Organización y dirección del proveedor de atención primaria:				
Teléfono del proveedor de atención primaria:				

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DEL PROGRAMA DE SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR

- Los estudiantes pueden recibir atención de un enfermero escolar, personal del servicio médico escolar (School Health Suite) o personal de la escuela capacitado de acuerdo con las leyes y reglamentos del Distrito de Columbia (Distrito) y las políticas y procedimientos del Programa de Servicios de Salud Escolar (SHSP) del Departamento de Salud del Distrito (DC Health).
- Entiendo que para participar en el SHSP, debo dar mi consentimiento para permitir que el proveedor de atención médica del estudiante envíe electrónicamente a la escuela de mi hijo(a) la información de salud de mi hijo(a), incluida, entre otros, la información en el Certificado Universal de Salud. La información relativa a la atención prestada a mi hijo(a) en su escuela puede compartirse con otros organismos del Distrito con el fin de coordinar la atención de mi hijo(a) y para la recopilación de datos de todo el Distrito, por ejemplo, para controlar el asma u otras tendencias de salud en el Distrito.
- La información de salud de mi hijo(a) siempre se almacenará y transferirá de acuerdo con las leyes y normas federales y del Distrito, incluidas, entre otras, la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar de 1974 (FERPA), la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA), la Ley de Tecnología de la Información Sanitaria para la Salud Económica y Clínica (HITECH) y la Ley 18-273 del Distrito de Columbia, la Enmienda a la Ley de intercambio de datos y coordinación de la información de 2010 (Código Oficial del DC, sección 7-241 y subsiguientes).
- Un estudiante mayor de dieciocho (18) años o menor emancipado, según la definición del Código Oficial del DC, sección 7-1231.02 (10), puede completar este formulario por sí mismo y legalmente dar su consentimiento a cualquier servicio de salud escolar.
- De conformidad con el Reglamento de Consentimiento Médico del Menor (sección 600.7 del título 22-B de las Regulaciones Municipales del Distrito de Columbia [DCMR]), un menor puede dar su consentimiento legalmente para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de (1) un embarazo o su interrupción legal; (2) el abuso de sustancias, incluido el abuso de drogas y alcohol; (3) una afección de salud mental o emocional o (4) una enfermedad de transmisión sexual. Además, no se requiere el consentimiento de los padres/madres para la realización de un tratamiento de primeros auxilios de emergencia o la prestación de servicios cuando la salud de un estudiante está en peligro.

RECONOCIMIENTOS Y CONSENTIMIENTOS DEL PROGRAMA DE SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR

- Por la presente doy mi consentimiento para que la escuela de mi hijo(a) o el personal del servicio médico escolar realicen una prueba de audición y visión si mi hijo(a) no se ha realizado una en el último año calendario de acuerdo con el Certificado Universal de Salud presentado.
- Por la presente doy mi consentimiento para que la escuela o el personal del servicio médico escolar administren los medicamentos y/o el tratamiento recetados a mi hijo(a) según las indicaciones del proveedor de atención médica autorizado de mi hijo(a), de acuerdo con el Código Oficial del Distrito de Columbia, sección 38-651 y en circunstancias de emergencia, de acuerdo con el Código Oficial del Distrito de Columbia, sección 38-656.

Entiendo que:

- Soy responsable de presentar los formularios de salud escolar, incluidos, entre otros: Plan de tratamiento para medicamentos y procedimientos médicos, Plan de acción contra el asma, Plan de acción contra la anafilaxia, Formulario de adaptaciones dietéticas u otro formulario de salud escolar aceptado firmado por el proveedor de atención médica de mi hijo(a), a la escuela de mi hijo(a) si necesita atención médica o medicación especial. Soy responsable de presentar un formulario de salud escolar actualizado anualmente para mi hijo(a).
- Soy responsable de llevar a la enfermería de la escuela cualquier medicamento o suministro médico necesario que figure en un formulario de salud escolar completo, en su envase original. Todos los medicamentos o suministros médicos se guardarán en una zona segura de la escuela.
- Soy responsable de recolectar todos los medicamentos caducados que se guarden en la escuela en el plazo de una semana a partir de su fecha de caducidad y en el plazo de una semana a partir del final del año escolar. Entiendo que los medicamentos que no se recolectaron serán destruidos. El personal del servicio médico no asume ninguna responsabilidad por la posible pérdida de medicamentos o suministros médicos.
- Soy responsable de notificar inmediatamente a la escuela si se produce algún cambio en la educación y en el Plan de tratamiento para procedimientos médicos, y de entregar todos los formularios de salud escolar actualizados a la escuela. Puede ponerse en contacto con el personal del servicio médico llamando directamente a la sala del servicio médico o llamando al número de teléfono principal de la escuela.
- Entiendo que la escuela y el personal sanitario de la escuela no asumirán ninguna responsabilidad por la automedicación o los tratamientos no autorizados de mi hijo(a). Mi hijo(a) solo podrá autotratarse o autoadministrarse medicamentos para el asma, la anafilaxia o la diabetes si cuenta con la aprobación para automedicarse según las indicaciones de un proveedor médico autorizado y de acuerdo con un formulario de salud escolar completo.
- Por el presente reconozco y acepto que, según lo dispuesto en la sección 38-651.11 del Código Oficial del Distrito de Columbia, el Distrito, la escuela, sus empleados y agentes (incluido el personal de enfermería de la escuela) o el médico en ejercicio, el asistente médico o el enfermero, que haya emitido una orden permanente, estarán exentos de responsabilidad civil por cualquier acto u omisión relacionado con su desempeño de buena fe de las responsabilidades según el Código Oficial del DC, sección 38-651.01 y subsiguientes, excepto en el caso de actos delictivos, delitos intencionales, negligencia grave o mala conducta intencionada. Comprendo que este formulario se debe completar y enviar antes de que el estudiante pueda recibir los servicios médicos.

Nombre del estudiante (en letra de imprenta) _____

Nombre del padre/madre/tutor (en letra de imprenta) _____

Firma del padre/madre/tutor o estudiante en caso de tener 18 años o más _____ Fecha _____

Versión 07.23.2024 3

TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PROGRAMA DE TELESALUD DE LOS SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR

El Programa de telesalud de los Servicios de Salud Escolar permite que los estudiantes puedan ser atendidos a distancia en su escuela por un proveedor de atención médica. Al firmar a continuación, entiendo, reconozco y acepto que:

- Mi hijo(a) puede participar en citas realizadas por video (videoconferencia) o por teléfono (teleconferencia) con proveedores de atención médica, como proveedores de salud para el comportamiento, que pueden estar en un lugar fuera de la escuela. El proveedor de atención médica puede determinar que es necesaria una visita de seguimiento en persona o que se requieren servicios de atención urgente o de emergencia.
- Además del equipo y el proveedor de atención médica de mi hijo(a), también pueden estar presentes las personas que manejan el equipo de video y que están capacitadas para mantener la confidencialidad de toda la información obtenida. El estudiante tiene derecho a solicitar que: (1) se omitan detalles específicos de su historial médico/examen físico; (2) el personal no médico abandone la sala de examen; o (3) que la consulta finalice en cualquier momento.
- Tengo la opción de rechazar una cita de telesalud para mi hijo(a).
- Autorizo al proveedor o a su personal de atención médica a divulgar toda la información al plan de seguro médico de mi hijo(a) o a cualquier otro agente que pueda ser responsable del pago de las facturas médicas asociadas a la consulta. Además, autorizo al Programa de telesalud de los Servicios de Salud Escolar a divulgar información médica específica a las autoridades escolares y a DC Health, ya sea porque lo exige la ley o la normativa, o porque es necesario para proteger la salud y la seguridad de mi hijo(a).
- Es posible que se facturen a mi seguro los servicios de telesalud. Entiendo que soy responsable de brindar la información del seguro y soy responsable de cualquier copago o cargo adicional resultante de este servicio. Las personas inscritas en cualquier Organización de Atención Administrada de Medicaid de DC no recibirán factura por ninguno de los servicios prestados a través de telesalud. Todos los gastos asociados a este programa quedan a discreción de la compañía de seguros. Cualquier copago que se exija para las consultas de atención primaria podría incluirse en este servicio. Entiendo que cualquier dinero o beneficio por proveer telesalud será asignado y transferido al proveedor, incluidos beneficios/dinero de mi plan de salud, Medicaid o terceros que sean financieramente responsables por el cuidado médico de mi hijo(a). Autorizo la divulgación de toda la información necesaria (incluidas, entre otras, las historias clínicas, las copias de los reclamos y las facturas detalladas) para verificar el pago y para otros fines de salud pública según sea necesario.
- Si en algún momento no estoy conforme con los servicios prestados, puedo presentar una queja al equipo de Defensoría Pública por teléfono: (202) 724-7491 o por correo electrónico: healthcareombudsman@dc.gov. Las quejas también deben presentarse a través del portal del Programa de Servicios de Salud Escolar en: <https://dchealth.force.com/studenthealthservices/s/>.
- Este consentimiento será válido mientras el estudiante esté inscrito en la escuela. También entiendo que tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, al entregarle al personal del servicio médico una carta con firma y fecha en la que retire mi consentimiento.

Nombre del estudiante (en letra de imprenta) _____

Nombre del padre/madre/tutor (en letra de imprenta) _____

Firma del padre/madre/tutor o estudiante en caso de tener 18 años o más _____ **Fecha** _____