

### Formulario del Centro Universal de Salud Basado en las Escuelas Consentimiento para Servicios de Salud y Tratamiento

Seleccione la Escuela a la que Asiste el Estudiante:

Anacostia SHS    Ballou SHS    Cardozo EC    Coolidge SHS    Dunbar SHS    Woodson SHS    Roosevelt EC

#### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

#### INFORMACIÓN DE PADRES/ TUTORES

Apellido del Estudiante: \_\_\_\_\_

Primer nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes                      Día                      Año

Número de seguro social del estudiante: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino

Grado \_\_\_\_\_

Etnia :  Hispano    Negro  Blanco  Indio Americano  
 Asiático/ Isleño del Pacífico  Otro \_\_\_\_\_

Dirección del estudiante: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Será el SBHC el médico regular del estudiante?    Yes  No

Si la respuesta es no, ¿quién es o será el médico regular del estudiante?

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

#### Madre.

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

#### Father

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

#### Tutor legal, si corresponde

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Relación del tutor legal con el estudiante

Abuelo/a    Tío o Tía    Otra: \_\_\_\_\_

#### Información de contacto para padres o tutores

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

#### Contacto de emergencia adicional

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DE SEGUROS

¿Tiene su hijo/a cobertura de Medicaid?

No    Sí: Medicaid ID #: \_\_\_\_\_

¿Qué plan?

- AmeriHealth  
 Amerigroup DC  
 Servicios de Salud para Niños con Necesidades Especiales de Atención de la Salud (HSCSN, por sus siglas en inglés)  
 Trusted Health Plan

¿Tiene su hijo/a cobertura a través de su empleador o cualquier otro tipo de seguro de salud?

No    Sí, Plan de Salud: \_\_\_\_\_

Identificación del Miembro/ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Teléfono del Seguro Médico: \_\_\_\_\_

Si su hijo/a no tiene seguro de salud, ¿le gustaría que el administrador de casos clínicos le contacte para darle asistencia para obtener un seguro de salud?    Sí    No

#### CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD BASADO EN LA ESCUELA

**SÍ:** He leído y entiendo los servicios enumerados en la siguiente página (Servicios del Centro de Salud Basados en la Escuela) y mi firma provee consentimiento para que mi hijo/a reciba los servicios provistos por el Centro de Salud Basado en la Escuela seleccionado mientras que mi hijo/a sea un estudiante en la escuela. Estoy de acuerdo además en informar prontamente al Centro de Salud de la Escuela por escrito sobre cualquier cambio en la salud física o dental de mi hijo/a y cualquier cambio en la custodia de mi hijo/a que afecte mi capacidad para proveer este consentimiento en nombre de mi hijo/a.

**NOTA:** Por ley, el consentimiento de los padres no es necesario para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de un embarazo o su terminación legal; el abuso de sustancias, incluyendo el abuso de drogas y alcohol; una condición de salud mental o emocional o una enfermedad transmitida sexualmente.

Además, no se requiere el consentimiento de los padres para la aplicación de un tratamiento de primeros auxilios o proveer servicios cuando la salud de un estudiante está en peligro. El consentimiento de los padres no es necesario en los casos de estudiantes de 18 años o más o para los estudiantes legalmente emancipados.

**NO:** No doy permiso para que mi hijo/a reciba los servicios de SBHC

**X** \_\_\_\_\_

Firma de un padre/ tutor (o del estudiante si tiene 18 años de edad o más o es permitido por la ley)

Fecha

#### CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA SALUD

He leído y entiendo la divulgación de información de salud en la página 2 de este formulario. Mi firma indica mi consentimiento para divulgar información médica como se especifica.

**X** \_\_\_\_\_

Firma de un padre/ tutor (o del estudiante si tiene 18 años de edad o más o es permitido por la ley)

Fecha

Formulario del Centro Universal de Salud Basado en las Escuelas  
**Consentimiento para Servicios de Salud y Tratamiento**
**SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD BASADO EN LA ESCUELA**

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba servicios de atención médica provistos por profesionales de la salud con licencia en el Centro de Salud de la Escuela como parte del programa de salud escolar aprobado por el Departamento de Salud del Distrito de Columbia y las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia. Entiendo que el centro de salud de la escuela garantizará la confidencialidad de conformidad con las leyes y que se alentará a los estudiantes a involucrar a sus padres o tutores en las decisiones de consejería y atención médica. Los servicios del Centro de Salud de la Escuela pueden incluir, pero sin limitaciones:

1. Servicios de salud escolar, incluyendo: exámenes para detectar problemas de la visión, la audición, asma, obesidad y otras condiciones médicas, primeros auxilios y vacunas requeridas y recomendadas.
2. Examen físico completo (examen médico completo), incluyendo los requeridos por la escuela, la universidad, la guardería infantil, los deportes, el empleo y las nuevas admisiones.
3. Pruebas de laboratorio prescritas por un médico para detectar la anemia, la anemia falciforme y la diabetes.
4. Cuidado y tratamiento médico, incluyendo el diagnóstico de enfermedades agudas y crónicas, y la dispensación y prescripción de medicamentos.
5. Servicios de salud mental, incluyendo la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento y los referidos.
6. Servicios de cuidado de la salud reproductiva, incluyendo consejería de abstinencia, acceso a control de la natalidad, pruebas de embarazo, detección y tratamiento de ETS, pruebas de VIH, pruebas de PAP cuando se indiquen y referidos en caso de resultados anormales, según la edad.
7. Educación y asesoramiento de salud para la prevención de comportamientos de riesgo, como: consumo de drogas, alcohol y tabaco; educación apropiada para la edad sobre la abstinencia, la prevención del embarazo, las infecciones de transmisión sexual y el VIH.
8. Tratamiento dental consistente en exámenes, radiografías, diagnósticos y modalidades de tratamiento que pueden incluir limpieza, administración de anestesia tópica y local, empastes y selladores.
9. Referidos para los servicios no provistos en el centro de salud de la escuela.
10. Cuestionario/ encuesta anual sobre la salud.

**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA SALUD**

Mi firma al reverso de este formulario autoriza la divulgación de información de salud obtenida por el Centro de Salud de la Escuela a las Escuelas Públicas del DC y al Departamento de Salud del DC. Esta información puede estar protegida contra la divulgación por la leyes federales de privacidad y las leyes del Distrito. Además autorizo al Centro de Salud de la Escuela para que divulgue información médica específica a las Escuelas Públicas del DC y al Departamento de Salud del DC, ya sea porque lo exige la ley o por regulación, o porque es necesario proteger la salud y la seguridad de mi hijo/a.

Yo entiendo que no tengo que permitir la divulgación de la información de salud de mi hijo/a para que él/ella reciba tratamiento y que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y revocar mi autorización escribiendo al Centro de Salud de la Escuela. Sin embargo, después de que se haya hecho una divulgación, entiendo que mi revocación no cubre la información divulgada antes de la revocación. También entiendo que la información de salud divulgada de conformidad con esta autorización puede volver a ser divulgada de nuevo por quien la reciba y ya no estará protegida por las leyes de privacidad federales o del Distrito.

Yo autorizo al Centro de Salud de la Escuela a divulgar información médica específica del estudiante nombrado en la página del reverso a las Escuelas Públicas del DC y al Departamento de Salud del DC.

Yo entiendo que los resultados de las enfermedades notificables y las inmunizaciones administradas serán entregados al Departamento de Salud del DC y a las Escuelas Públicas del DC. Además, los registros de casos y la información de la encuesta pueden ser utilizados para la evaluación del programa de acuerdo con las leyes federales y del Distrito con respecto a la confidencialidad del paciente.

**Mi firma en la página 1 de este formulario también da mi consentimiento al Centro de Salud de la Escuela para contactar a otros proveedores que han examinado a mi hijo y para obtener información sobre seguros.**

**Período de tiempo durante el cual se autoriza la divulgación de información:**

**De:** Fecha en que se firma el formulario al reverso

**Hasta:** Fecha en que el estudiante ya no está matriculado en la escuela