



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