

Consentimiento para los servicios y tratamientos médicos

Seleccione la escuela a la que asiste el estudiante:

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

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR
Apellido del estudiante: _____ Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ <i>Mes Día Año</i> Número del Seguro Social del estudiante: ____ - ____ - ____ Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro Grado ____ Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Asiático/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra _____ Dirección del estudiante: _____ _____ ¿El centro de salud escolar (SBHC) será el médico de cabecera del estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso de responder que no, ¿quién es o será el médico de cabecera del estudiante? Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____	Madre Apellido: _____ Nombre: _____ Padre Apellido: _____ Nombre: _____ Tutor legal, si corresponde Apellido: _____ Nombre: _____ Relación del tutor legal con el estudiante <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Tío(a) <input type="checkbox"/> Otro: _____ Información de contacto del padre/madre o tutor Tel. de la casa: _____ Tel. del trabajo: _____ Celular: _____ Contacto de emergencia adicional Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ Tel. de la casa: _____ Tel. del trabajo: _____ Celular: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

¿Su hijo(a) tiene cobertura de Medicaid? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: n.º de identificación de Medicaid: _____ ¿Qué plan tiene? <input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas DC <input type="checkbox"/> MedStar Family Choice DC <input type="checkbox"/> Health Services for Children with Special Health Care Needs (HSCSN) <input type="checkbox"/> CareFirst Community Health Plan DC	¿Su hijo(a) tiene cobertura a través de su empleador o algún otro tipo de seguro médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, plan médico: _____ N.º de identificación del afiliado(a)/n.º de póliza: _____ Teléfono del seguro médico: _____ Si su hijo(a) no tiene seguro médico, ¿le gustaría que el administrador de casos clínicos se pusiera en contacto con usted para ayudarlo a obtener uno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba servicios de atención médica proporcionados por los profesionales médicos autorizados en el centro de salud escolar como parte del programa de salud escolar aprobado por el Departamento de Salud del Distrito de Columbia (DC Health) y las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (DCPS). Entiendo que el centro de salud escolar garantizará la confidencialidad de acuerdo con la ley, y que se recomendará a los estudiantes a involucrar a sus padres/madres o tutores en las decisiones de asesoramiento y atención médica. Entre los servicios del centro de salud escolar, se pueden incluir, entre otros, los siguientes:

1. Servicios médicos en la escuela, como exámenes de visión, audición, asma, obesidad y otras condiciones médicas, primeros auxilios y vacunas obligatorias y recomendadas.
2. Examen físico exhaustivo (examen médico completo), que incluye los de la escuela, la universidad, la guardería y para la práctica de deportes, el empleo y nuevas admisiones.
3. Pruebas de laboratorio prescritas por un médico, como las de anemia, anemia falciforme y diabetes.
4. Atención y tratamiento médicos, que incluyen el diagnóstico de enfermedades y dolencias graves y crónicas, y la dispensación y prescripción de medicamentos.
5. Servicios de salud mental, que incluyen evaluación, diagnóstico, tratamiento y remisiones.
6. Servicios de salud reproductiva, como asesoramiento sobre la abstinencia, acceso a métodos anticonceptivos, pruebas de embarazo, detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, pruebas del VIH, pruebas de Papanicolaou, cuando se indiquen, y remisión por resultados anormales, según la edad.
7. Educación sobre la salud y asesoramiento para la prevención de comportamientos de riesgo como: consumo de drogas, alcohol y tabaco; educación sobre la abstinencia adecuada para la edad, la prevención del embarazo, las infecciones de transmisión sexual y el VIH.
8. Tratamiento odontológico compuesto por exámenes, radiografías, diagnóstico y modalidades de tratamiento que pueden incluir limpieza, administración de anestesia tópica y local, empastes y selladores.
9. Remisiones para servicios que no se prestan en el centro de salud escolar.
10. Cuestionario/encuesta anual sobre salud.

Consentimiento para los servicios y tratamientos médicos

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/MADRES PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Mi firma a continuación autoriza la divulgación de la información médica obtenida por el centro de salud escolar a las Escuelas Públicas del DC y DC Health. Esta información puede estar protegida contra cualquier divulgación por la ley federal de privacidad y la ley del Distrito. Además, autorizo al centro de salud escolar a divulgar información médica específica a las Escuelas Públicas del DC 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).

Entiendo que no tengo obligación de permitir la divulgación de la información médica de mi hijo(a) para que reciba tratamiento, y que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y revocar mi autorización mediante una notificación por escrito al centro de salud escolar. Sin embargo, una vez que se haya efectuado la divulgación, entiendo que mi revocación no cubre la información divulgada antes de dicha revocación. También comprendo que el destinatario puede volver a divulgar la información médica compartida en virtud de esta autorización, quien deberá notificar por escrito a la parte receptora que esta información médica se volverá a divulgar según el propósito específico establecido, y que cualquier nueva divulgación requerirá un consentimiento adicional.

Autorizo al centro de salud escolar a divulgar información médica específica del estudiante que se menciona en el reverso de la página a las Escuelas Públicas del DC y DC Health.

Comprendo que los resultados de las enfermedades que deben notificarse y las vacunas administradas se darán a conocer a DC Health y a las Escuelas Públicas del DC. Además, los registros de los casos y la información de las encuestas pueden utilizarse para la evaluación del programa de acuerdo con las leyes federales y del Distrito relativas a la confidencialidad de los pacientes.

Con mi firma en la sección de Consentimiento para la divulgación de información médica de este formulario también doy mi consentimiento al centro de salud escolar para que se ponga en contacto con otros proveedores que hayan examinado a mi hijo(a) y para que obtenga información sobre el seguro.

Periodo durante el cual se autoriza la divulgación de la información:

Desde: fecha en que se firma el formulario **Hasta:** fecha en que el estudiante ya no estará inscrito en la escuela

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/MADRES PARA LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

SÍ: He leído y comprendo los servicios mencionados en la página anterior (servicios del centro de salud escolar), y con mi firma otorgo el consentimiento para que mi hijo(a) reciba los servicios que el centro de salud escolar seleccionado ofrece, siempre y cuando mi hijo(a) sea estudiante en esta escuela. Además, acepto que informaré de inmediato al centro de salud escolar por escrito sobre cualquier cambio en la salud física u odontológica de mi hijo(a) y sobre cualquier cambio en la custodia de mi hijo(a) que afecte mi capacidad de otorgar este consentimiento en su nombre.

IMPORTANTE: De conformidad con el Reglamento de Consentimiento Médico del Menor (sección 600 del título 22-B de las Regulaciones Municipales del Distrito de Columbia [DCMR]), no se requiere el consentimiento de los padres/madres 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. El consentimiento de los padres/madres no es necesario para los estudiantes mayores de 18 años ni para los estudiantes legalmente emancipados.

Por el presente reconozco y acepto que, según lo dispuesto en la sección 38-651.11 Código Oficial del DC, el Distrito, la escuela, sus empleados y agentes, que incluirán al médico en ejercicio, al asistente médico o al enfermero de práctica avanzada, 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 o que surja de este, excepto en el caso de actos delictivos, delitos intencionales, negligencia grave o mala conducta intencional. Comprendo que este formulario se debe completar y enviar antes de que el estudiante pueda recibir los servicios médicos.

NO: No doy permiso para que mi hijo(a) reciba los servicios del SBHC.

X _____

Firma del padre/madre/tutor (o estudiante si tiene 18 años o más o si lo permite la ley)

Fecha

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/MADRES PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

He leído y comprendo la divulgación de información médica en este formulario. Mi firma indica mi consentimiento para divulgar la información médica según lo especificado.

X _____

Firma del padre/madre/tutor (o estudiante si tiene 18 años o más o si lo permite la ley)

Fecha