

**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE HOWARD
PROGRAMA DEL CENTRO DE BIENESTAR ESCOLAR
Formulario de consentimiento para padres/tutores**

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR LEGAL
Apellido: _____ Primer nombre: _____ Dirección: _____ <i>Ciudad</i> <i>Estado</i> <i>Código postal</i> Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ <i>Mes</i> <i>Día</i> <i>Año</i> Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Varón Transexual <input type="checkbox"/> Mujer Transexual <input type="checkbox"/> No Identificado Con Ningún Sexo- _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Raza/origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Asiático/proveniente de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____ Idioma preferido: _____ Nombre de la escuela: _____ Grado: _____	<u>Madre</u> Apellido: _____ Primer nombre: _____ Número(s) de contacto: _____ Dirección de correo electrónico: _____ <u>Padre</u> Apellido: _____ Primer nombre: _____ Número(s) de contacto: _____ Dirección de correo electrónico: _____ <u>Tutor legal, si corresponde</u> Apellido: _____ Primer nombre: _____ Relación del tutor legal con el estudiante: <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tía/o <input type="checkbox"/> Otro: _____ Número(s) de contacto: _____ Dirección de correo electrónico: _____ <u>Contacto de emergencia adicional</u> Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ Número de teléfono particular: _____ Número de teléfono laboral: _____ Celular: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD


Favor de marcar el/los tipo(s) de seguro de salud médica que tiene su hijo: ¿Asistencia Médica? _____
¿Seguro Privado? _____ ¿No tiene seguro de salud médica? _____

Si tienen Asistencia Médica, favor de proporcionar la siguiente información.
de Asistencia Médica _____
Suscriptor/ID de Miembro/ o # de Expediente Médico _____

Si su hijo recibe servicios médicos a través de una organización de atención administrada (managed care organization, MCO) marque la casilla correspondiente a continuación:

AMERIGROUP Maryland Physicians Care Riverside Jai Medstar United Healthcare-Community Plan
 Kaiser Permanente Priority Partners

Si su hijo no tiene seguro de salud, ¿desea que el personal del Departamento de Salud del Condado de Howard se comunique con usted para inscribirlo en un seguro de salud? No Sí

Dé vuelta esta página, lea, firme e incluya la fecha. 

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE HOWARD
PROGRAMA DEL CENTRO DE BIENESTAR ESCOLAR
Formulario de consentimiento para padres

Nombre del niño:

Escuela:

SERVICIOS DEL CENTRO DE BIENESTAR ESCOLAR

Otorgo mi consentimiento para que mi hijo reciba servicios de atención médica proporcionados por los profesionales de la salud certificados por el estado del programa del Centro de bienestar escolar del Departamento de Salud del condado de Howard. Comprendo que se garantizará la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de atención médica en áreas de servicios específicas de acuerdo con la ley, y que se alentará a los alumnos a involucrar a sus padres o tutores legales en las decisiones de asesoramiento y atención médica. Los servicios del centro de bienestar escolar incluyen, entre otros, los siguientes:

- Evaluación médica y exámenes físicos integrales (exámenes médicos completos) incluidos los exámenes para Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment, EPSDT) para la escuela y los deportes
- Análisis básicos de laboratorio recetados por un médico que pueden incluir una punción en una vena y análisis de otros líquidos corporales, como orina y secreciones de heridas o de la garganta, para detectar afecciones que incluyen anemia, infección de garganta por estreptococos, y diabetes
- Atención médica y tratamiento, incluido el diagnóstico de afecciones y enfermedades crónicas y agudas, y el suministro y la receta de medicamentos.
- Servicios de salud mental, incluidos evaluación, diagnóstico, tratamiento y derivaciones, si son proporcionadas en el Centro de bienestar
- Derivaciones para servicios no proporcionados en el Centro de bienestar escolar
- Cuestionario/encuesta de salud anual y educación para la salud y asesoramiento sobre prevención de riesgos

X

Firma del padre/de la madre/del tutor legal

Fecha

HOJA INFORMATIVA PARA EL CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE HOWARD
CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA EN VIRTUD DE LA LEY HIPAA

Mi firma en este formulario autoriza la divulgación de información médica para que el Centro de bienestar del Departamento de Salud del condado de Howard se comunique con otros proveedores que han examinado a mi hijo para divulgar toda información médica o de otro tipo que ayude en el cuidado de la salud de mi hijo. Es posible que la divulgación de esta información esté protegida por la ley estatal y la ley federal sobre privacidad.

Al firmar este consentimiento, autorizo a que se proporcione información médica al Sistema de Escuelas Públicas del condado de Howard, ya sea porque lo exige la ley o porque es necesario para proteger la salud y la seguridad del estudiante. Si yo lo solicito, el establecimiento o la persona que divulgue esta información médica deberá proporcionarme una copia de este formulario. La ley exige que los padres proporcionen determinada información a la escuela, como un certificado de constancia de vacunación. No proporcionar esta información podría ocasionar que el estudiante sea excluido de la escuela.

Se han respondido mis preguntas sobre este formulario. Comprendo que no estoy obligado a permitir la divulgación de la información médica de mi hijo y que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y revocar mi autorización escribiendo al Centro de bienestar escolar. No obstante, después de que se haya hecho la divulgación, no es posible revocarla retroactivamente para cubrir información divulgada antes de su revocación.

Otorgo mi consentimiento para la divulgación de la información médica descrita a continuación, del Centro de bienestar escolar del Departamento de Salud del condado de Howard al Sistema de Escuelas Públicas del condado de Howard y del Sistema de Escuelas Públicas del condado de Howard al Centro de bienestar escolar del Departamento de Salud del condado de Howard, para cumplir los requisitos reglamentarios y garantizar que la escuela tenga la información necesaria para proteger la seguridad y la salud de mi hijo. Comprendo que esta información seguirá siendo confidencial conforme a las reglamentaciones federales y estatales sobre confidencialidad:

Información requerida por el sistema escolar o legal:

- Examen del nuevo ingresante
- Registro de vacunación
- Resultados de exámenes de la vista y audición
- Resultados de la prueba de la tuberculina (confidenciales protegidos por ley)

Información para proteger la salud y la seguridad:

- Afecciones que pueden requerir tratamiento médico de emergencia
- Afecciones mentales incluidas evaluaciones, diagnóstico, tratamiento
- Diagnóstico de ciertas enfermedades contagiosas (no incluye el VIH) Infección/infecciones de transmisión sexual (ITS) y otros servicios
- Afecciones que limitan las actividades diarias de un estudiante
- Cobertura del seguro de salud

CONSENTIMIENTO DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR LEGAL, ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:

Yo, quien suscribe, otorgo voluntariamente mi consentimiento para el tratamiento de mi hijo por el proveedor y el personal del Centro de bienestar escolar del Departamento de Salud del condado de Howard (Howard County Health Department School Based Wellness Center, HCHD SBWC). También otorgo voluntariamente mi consentimiento para el uso y la divulgación de la información médica protegida de mi hijo para el tratamiento, el pago y las operaciones y cualquier otro fin permitido en virtud de la ley federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act) sin una autorización por escrito. Autorizo el pago directo a HCHD por los servicios para los que HCHD acepta asignación. Es posible que se use una copia de este acuerdo en lugar del original. Certifico que la información que aparece en este formulario es correcta.

X

Firma del padre/de la madre/del tutor legal

Fecha

Período durante el que se autoriza la divulgación de la información:

De: Fecha en la que se firma el formulario Para: Fecha en la que el estudiante deja de estar inscrito en el Centro de bienestar escolar