

Hometown Health Centers Schenectady

CENTRO DE SALUD ESCOLAR FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Yo doy consentimiento para que mi hijo (a) pueda recibir servicios de atención médica en el centro de salud escolar en unas de las escuelas elegibles del Distrito Escolar de Schenectady (Schenectady High School, Mont Pleasant/Hamilton Elementary). Los Médicos y Enfermera(o) s Practicantes son empleados por Hometown Health Centers pero ejercen en el programa de Centro de Salud Escolar, el cual está licenciado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Los servicios ofrecidos por el centro de salud escolar incluyen:

- Exámenes de la vista, oído, asma, obesidad, escoliosis, Tuberculosis y otras condiciones médicas, primero auxilios, y las vacunas requeridas y recomendadas por el Centro de Control de las Enfermedades (CDC).
- Examen físico detallado incluyendo los exámenes para la escuela, los deportes, los documentos de trabajos, etc.
- Atención médica y tratamiento, incluyendo el diagnóstico de las enfermedades agudas y crónicas.
- Exámenes de salud mental y referidos para evaluaciones, si es necesario.
- Pruebas de laboratorios y recetas medicamento prescritas.
- Servicios de salud reproductiva, incluyendo el asesoramiento sobre la abstinencia, anticonceptivos, pruebas de embarazo, detección y tratamiento de enfermedades transmitidas sexualmente (EST), pruebas del VIH y referidos para resultados irregulares, a la edad apropiada.
- Educación de salud y el asesoramiento para la prevención de comportamientos de alto riesgo tales como: las drogas, el alcohol y abuso de tabaco, así como la educación en la abstinencia y prevención del embarazo, infecciones transmisión sexual y el VIH, a la edad apropiada.
- Evaluación de salud anual.
- Referidos para esos servicios no proveídos en el centro de salud escolar.

Yo entiendo que la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de salud se garantizará en las áreas de servicio específicas de conformidad con la ley, y se les recomendará a los estudiantes el involucrar a sus padres o tutores en las decisiones de asesoramiento y de atención médica.

Yo doy permiso para las pruebas médicas necesarias, las evaluaciones y el manejo de la atención médica de mi hijo(a). Conforme lo dispuesto por la Ley de Educación y el Artículo 19 del Reglamento del Comisionado, exámenes de salud para los estudiantes que ingresan a Kindergarten, los grados 2, 4, 7, 10 y exámenes físicos para deportes se compartirán con la enfermera de la escuela. Información adicional de salud será compartida con la enfermera de la escuela solo en caso considerado necesario por el Director(a) Médico del centro de salud escolar. **El historial médico del centro perteneciente al estudiante será completamente confidencial**, no es un récord de la escuela. También entiendo que se observara la confidencialidad entre el personal escolar y los estudiantes que usan el centro de salud escolar.

Autorizo que Hometown Health recete medicaciones electrónicamente a la farmacia que elijo para mi niño/a y que tengan acceso a su historial de recetas electrónicas. Autorizo a Hometown Health Centers a compartir información con pagadores terceros u otros con el propósito de facturación y por cualquier motivo que pueda ser necesaria para cumplir con los estatutos o reglamentos de conformidad con las prácticas médicas aceptadas. Autorizo que mi seguro médico pague a Hometown Health Centers directamente todos los beneficios del seguro.

Yo he leído la información anterior y he tenido la oportunidad de tener cualquiera de mis preguntas contestadas. Entiendo que este consentimiento se mantendrá vigente mientras que mi hijo(a) está inscrito(a) en los centros de salud escolares, a menos que notifique el centro de salud por escrito. **Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento.**

Por ley, el consentimiento de los padres no es necesario para la atención prenatal, los servicios relacionados con el comportamiento sexual, la atención de salud mental y la prevención del embarazo, y la provisión de servicios en los cuales la salud del estudiante aparezca estar en peligro. Consentimiento de los padres no es necesario para los estudiantes que tengan 18 años o más, o para los estudiantes que son padres o legalmente emancipados.

X _____ Fecha _____

Firma del padre/ guardián (o el estudiante si tiene 18 años o como permitido por la ley)

(Letra de molde)

Nombre del padre: _____ Teléfono de casa: () _____

Teléfono durante el día: () _____ Teléfono Celular: () _____

HOMETOWN HEALTH CENTERS CENTRO DE SALUD ESCOLAR REGISTRACIÓN

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIA
<p>Apellido del Estudiante: _____</p> <p>Nombre del Estudiante: _____</p> <p>Inicial del Segundo Nombre del Estudiante: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">Mes Día Año</div></p> <p>Número de Seguro Social: _____</p> <p>Escuela del Estudiante: _____</p> <p>Grado: _____</p> <p>Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No desea reportar</p> <p>Raza: <input type="checkbox"/> Nativo-Hawái <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otra Raza <input type="checkbox"/> Otro Islas Pacíficas <input type="checkbox"/> No desea reportar <input type="checkbox"/> Más de una raza</p> <p>Lenguaje Preferido: _____</p> <p>Dirección del Estudiante: _____ _____</p> <p>Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sin hogar</p>	<p><u>Madre</u> Apellido: _____ Nombre: _____</p> <p><u>Padre</u> Apellido : _____ Nombre: _____</p> <p><u>Guardián Legal, si aplica</u> Apellido: _____ Nombre: _____</p> <p><u>Relación del guardián con el estudiante</u> <input type="checkbox"/> Abuelo (a) <input type="checkbox"/> Tía o Tío <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p><u>Información del padre/guardián</u> Teléfono de Casa: () _____ Teléfono del Trabajo: () _____ Teléfono Celular: () _____</p> <p><input type="checkbox"/> Por favor inscríbame en el portal del paciente de Hometown Health con el correo electrónico dado arriba.</p> <p>Autorizo que HHC contacte conmigo por (marque todos que sean aplicables):</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Teléfono / buzón de voz <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico</p> <p>Quien es el doctor regular del estudiante? <input type="checkbox"/> Dr. en Hometown Health</p> <p>Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____</p> <p>*Farmacia – todas las recetas serán transmitidas a la farmacia de College Hometown situada en Hometown Health Centers, 1044 State Street, Schenectady, a no ser identificado de tal manera a continuación:</p> <p>Nombre de Farmacia: _____ Teléfono de Farmacia : _____</p>
<p style="text-align: center;">INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO</p> <p>¿Su hijo tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Nombre de la Compañía de Seguro Médico: _____</p> <p>Número de Identificación: _____ Número de Grupo #: _____</p> <p>Nombre de Asegurado : _____</p> <p>Relación con el paciente: _____</p> <p>Fecha de nacimiento del asegurado: _____ / _____ / _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">Mes Día Año</div></p> <p>Sexo: F ___ M ___</p> <p>¿Si su hijo (a) no tiene seguro médico, le gustaría ser contactado por un especialista de seguros médicos de Hometown Health Centers que le pueda asistir a obtener un plan médico gratis o a bajo costo ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p>	<p style="text-align: center;">USO ADMINISTRATIVO DE HOMETOWN HEALTH</p> <p>Nombre del personal de HHC: _____</p> <p>Firma del personal de HHC: _____</p> <p>Completado: _____ / _____ / _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">Mes Día Año</div></p>