

Hometown Health Centers Schenectady

Formulario de Consentimiento de los Padres para Servicios Escolares

Yo _____ (Nombre en letra de imprenta) certifico que soy el padre o tutor legal de _____ (Nombre en letra de imprenta) _____ (Fecha de nacimiento).

Hometown Health Centers

Hometown Health Centers (Hometown - www.HometownHealthCenters.org) es un centro de salud comunitario sin fines de lucro dado permiso del gobierno federal y del estado de Nueva York para proporcionar servicios de salud.

Consentimiento y Autorización para Brindar Atención

Doy mi consentimiento y autorizo a Hometown Health Centers a través de su programa basado en la escuela para proporcionar servicios médicos y de salud del comportamiento, si mi hijo solicita dichos servicios. Estos servicios pueden incluir, entre otros: exámenes, referencias, evaluaciones, atención médica y de salud conductual, y educación y asesoramiento. Se alentará a mi hijo a me involucrar en el asesoramiento y las decisiones médicas.

Consentimiento y Autorización para Divulgación y Discusión de Información

Autorizo a la escuela o al proveedor de atención primaria de mi hijo a entregar copias de los exámenes físicos, los historiales de medicamentos y el registro de vacunación a Hometown. Esta divulgación incluye permitir que la escuela y el proveedor de atención primaria hablen sobre la atención médica de mi hijo directamente con Hometown.

Entiendo que, por ley, no se requiere el consentimiento de los padres para la atención prenatal, los servicios relacionados con el comportamiento sexual, la atención de la salud mental y la prevención del embarazo, y la provisión de servicios donde la salud del estudiante parece estar en peligro. No se requiere el consentimiento de los padres para los estudiantes mayores de 18 años o aquellos que son padres o están emancipados.

Confidencialidad y Requisitos Legales

Entiendo que la confidencialidad entre mi hijo y el proveedor de servicios de salud de Hometown puede ser requerida bajo la Ley del Estado de Nueva York, aunque puede ser revelada a terceros pagadores con fines de facturación. Entiendo que la ley del estado de Nueva York requiere que cierta información de salud se comparta con la enfermera de la escuela. La información que no se requiere que se comparta se realizará únicamente a discreción del profesional de atención médica de Hometown que cuida a mi hijo.

Entiendo que Hometown puede consultar y comunicarse con otros profesionales de la salud con respecto a la atención al proporcionar o solicitar información del paciente sobre mi hijo.

Cuidado sin Contacto

Entiendo que doy mi consentimiento y autorización para ver a mi hijo, independientemente de si me contactan primero, siempre que mi hijo haya solicitado voluntariamente servicios médicos o de salud conductual.

Revocando de Consentimiento y Autorización

Además, entiendo mi consentimiento y autorización para todos los servicios de atención médica, incluida la atención primaria y la salud del comportamiento, y la divulgación y discusión de la información de atención médica permanecerá en vigencia a menos que proporcione un aviso por escrito a Hometown Health Centers revocándola.

firma

teléfono

fecha

(Letra de molde)

Nombre del padre: _____

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>Madre Apellido: _____ Nombre: _____</p> <p>Padre Apellido : _____ Nombre: _____</p> <p>Guardián Legal, si aplica Apellido: _____ Nombre: _____</p> <p>Relación del guardián con el estudiante <input type="checkbox"/> Abuelo (a) <input type="checkbox"/> Tía o Tío <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>Información del padre/guardián Teléfono de Casa: () _____ Teléfono del Trabajo: () _____ Teléfono Celular: () _____</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Por favor inscribame 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; background-color: #00b050; color: white; padding: 2px;">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>