



Escuela Formulario de consentimiento paterno (Grados PK-12)

Admisión y terminación

_____ (Escuelas incluidas)

_____ (HCIS)

_____ (Domicilio del HCIS)

Únicamente para uso oficial

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN DE UNO DE LOS PADRES O TUTORES
Apellido del estudiante: _____ Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ <i>Mes Día Año</i> Número de seguro social del estudiante: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Grado _____ Grupo étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Asiático/Indígena del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____ Dirección del estudiante: _____ _____ <i>Ciudad Código postal Estado</i> ¿Quién es el médico principal del estudiante? Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____ _____	Madre Apellido: _____ Nombre: _____ Padre Apellido: _____ Nombre: _____ Tutor legal, si corresponde Apellido: _____ Nombre: _____ Parentesco del tutor legal con el estudiante <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tía o Tío <input type="checkbox"/> Otro: _____ Información de contacto de uno de los padres o tutores Teléfono particular: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____ Contacto adicional para casos de emergencia Nombre: _____ Parentesco con el estudiante: _____ Teléfono particular: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO	
¿Tiene su hijo Medicaid? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: N.º de identificación de Medicaid _____ ¿Tiene su hijo Child Health Plus? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: N.º de identificación de CHP _____ ¿Qué plan tiene? <input type="checkbox"/> LA Care <input type="checkbox"/> Anthem <input type="checkbox"/> HealthNet <input type="checkbox"/> Blue Cross / Blue Shield <input type="checkbox"/> Care 1 st <input type="checkbox"/> Kaiser	¿Tiene su hijo cobertura mediante su empleador o cualquier otro tipo de seguro médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Plan de salud: _____ Tarjeta de identificación del miembro/Número de póliza: _____ Teléfono del seguro de salud: _____ Si su hijo no tiene seguro de salud, ¿le gustaría que un asistente autorizado por el NY State of Health Marketplace se pusiera en contacto con usted personalmente para inscribir al niño? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál es la mejor hora de comunicarse con usted? _____

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA RECIBIR SERVICIOS DEL CENTRO ESCOLAR DE SALUD

He leído y entendido los servicios listados en la página siguiente (Centro de Salud Escolar Servicios) y mi firma dan el consentimiento para que mi hijo reciba servicios proporcionados por la _____ (HCIS) Centro de Salud Escolar.
 NOTA: Por la ley, no se requiere autorización de los padres para la realización de los exámenes, la aplicación de tratamiento de primeros auxilios, atención prenatal, servicios relacionados con el comportamiento sexual y prevención del embarazo, y la prestación de servicios en cuanto a la salud de los estudiantes parece estar en peligro de extinción. No se requiere autorización de los padres para los estudiantes que tienen 18 años o más, o para los estudiantes que son padres o legalmente emancipados. Mi firma indica que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.
X _____
Firma del Padre/Tutor (o del estudiante si es mayor de 18 años o en cualquier otro caso siempre que lo permita la ley) **Fecha**

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES DE CONFORMIDAD CON LA HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Leí y comprendo la divulgación de información médica en la página 2 de este formulario. Mi firma indica mi autorización para que se divulgue información médica tal como se especifica.
X _____
Firma del Padre/Tutor (o del estudiante si es mayor de 18 años o en cualquier otro caso siempre que lo permita la ley) **Fecha Copyrights 2014HCIS**

Health Care Integrated Services
Escuela Formulario de consentimiento paterno (Grados PK-12)

Admisión y terminación

_____ (Escuelas incluidas)
 _____ (HCSP)
 _____ (Domicilio del HCSP)

SERVICIOS DEL CENTRO ESCOLAR DE SALUD

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba servicios de salud proporcionados por el Estado de los profesionales de la salud con licencia de _____ (HCIS) como parte del programa de salud escolar aprobado por Departamento de California de la Salud Pública. Entiendo que la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de salud estará garantizada en áreas específicas del servicio de conformidad con la ley, y que se anima a los alumnos a que sus padres o tutores para consejería y atención médica. Centro de Salud Escolar servicios pueden incluir, pero no se limitan a:

1. Servicios obligatorios escolares de salud, que comprenden: examen de la vista (incluidos lentes correctivos), oído, asma, obesidad, escoliosis, tuberculosis, y otros problemas de salud, primeros auxilios, y las vacunas requeridas y recomendadas.
2. Exámenes físicos minuciosos (examen médico completo) que incluyen aquellos concernientes a la escuela, los deportes, la documentación para obtener empleo y las nuevas inscripciones.
3. Exámenes médicos de laboratorio recetados, para situaciones médicas tales como anemia, enfermedad de células falciformes y diabetes.
4. Cuidados médicos y tratamientos que incluyen diagnóstico de enfermedades agudas y crónicas y suministro y receta de medicamentos.
5. Servicios de salud mental que incluyen evaluación, diagnóstico, tratamiento y recomendaciones.
6. Educación y orientación en materia de salud para la prevención de conductas riesgosas tales como abuso de drogas, alcohol y tabaco, como también educación relacionada con la abstinencia en relaciones sexuales y prevención del embarazo, infecciones transmitidas sexualmente y el VIH, de acuerdo con la edad.
7. Exámenes dentales, entre ellos diagnóstico, tratamiento y amalgamas en caso de que estén disponibles.
8. Recomendaciones de servicios no proporcionados por el centro escolar de salud.
9. Cuestionario y encuesta anual sobre la salud.

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK

**HOJA DE DATOS SOBRE LA AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA QUE SE DIVULGUE INFORMACIÓN DE SALUD
 AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES DE CONFORMIDAD CON LA HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD**

Mi firma al dorso de este formulario autoriza la divulgación de información de salud. Las leyes federales y estatales de privacidad, podrían impedir la divulgación de esta información.

Al firmar este consentimiento, autorizo a que se entregue información de salud a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York), ya sea porque lo requiera la ley o una disposición de la Canciller, o porque sea necesario proteger la salud y la seguridad del estudiante. Si lo solicito, la entidad o persona que divulgue esta información médica debe proporcionarme una copia de este formulario. Por ley, los padres deben darle a la escuela cierta información, como por ejemplo, un certificado de vacunación. La negativa a entregar esta información podría traer como consecuencia que el estudiante sea excluido de la escuela.

Mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas. Comprendo que no tengo la obligación de permitir que se divulgue la información médica de mi hijo, y que puedo cambiar de parecer en cualquier momento y revocar mi autorización por escrito al Centro Escolar de Salud. Sin embargo, después de que la información haya sido divulgada, no es posible revocarla de manera retroactiva para proteger la información divulgada antes de la revocación.

Autorizo al _____ (HCSP) Centro Escolar de Salud para que información médica específica del estudiante mencionado en el dorso de la página se le entregue a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York).

Entiendo que esta información será confidencial en conformidad con leyes federales y estatales y Reglamentos del Canciller sobre confidencialidad: Información requerida por ley o por Disposición de la Canciller:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Examen de nuevo ingreso (Formulario 211S) - Inmunizaciones - Resultados de exámenes de vista y oído - Resultados del examen de tuberculina | <p>Información para proteger la salud y la seguridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Condiciones que pueden requerir emergencia tratamiento médico (Formulario 103S) - Condiciones que limitan la actividad diaria de un estudiante (Formulario 103S) - Diagnóstico de ciertas enfermedades contagiosas (excluyendo la infección del VIH o enfermedades de transmisión sexual y otros servicios confidenciales protegidos por la ley). - Cobertura del seguro médico - Inscripción en el Centro Escolar de Salud - Programa de Educación Individualizado (IEP) |
|---|---|

Mi firma en la página 1 de este formulario también autoriza a _____ (HCIS) ponerse en contacto con otros proveedores que hayan examinado a mi hijo y a obtener la información de seguro médico.

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

Desde: Fecha en que se firma el formulario en la página opuesta

Hasta: Fecha en la que el estudiante deja de estar inscrito en el SBHC