**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA SERVICIOS CLÍNICOS DE SALUD EN LA ESCUELA**

*ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL ~ SÓLO PARA EL USO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD*

**IMPRIMA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE – PACIENTE**

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ **SEXO**: M\_\_\_ F\_\_\_

**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO –** *Marque todos los que se apliquen*

**ASMA \_\_\_ DIABETES\_\_\_\_\_ CONVULSIONES\_\_\_\_\_ ALERGIA SEVERA\_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_ (por favor especifique)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LISTA DE HOSPITALIZACIONES/CIRUGÍAS:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del Médico de Atención Primaria** (si aplica) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # de Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SI EL ESTUDIANTE tiene cobertura de seguro médico, por favor complete la siguiente información:**

**MEDICAID #**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **KIDCARE #**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PRIVADO #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # DE PÓLIZA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MARQUE EL NOMBRE DEL PLAN DE SEGURO MÉDICO DE SU HIJO:**

**Amerigroup \_\_\_ Children's Medical Services \_\_\_ Coventry \_\_\_ Humana \_\_ Molina\_\_ Preferred Medical\_\_\_\_\_**

**Prestige \_\_\_ Simply \_\_\_ Staywell \_\_\_ Sunshine \_\_\_\_ United Healthcare\_\_\_\_ Magellan \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_**

**SERVICIOS CLÍNICOS DE SALUD EN LA ESCUELA**

El equipo de salud escolar PUEDE proporcionar los siguientes servicios si son necesarios o si son solicitados. **POR FAVOR CIRCULE** todos los servicios

que a usted **le gustaría** que su hijo recibiera.

Exámenes físicos Evaluación Dental Servicios de Salud para Adolescentes\*

Análisis de sangre Pruebas de salud, Diagnóstico y Tratamiento Servicios Ginecológicos\*

Análisis de orina Inmunizaciones / Vacunas Servicios y educación sobre Planificación Familiar\*

Prueba de tuberculosis Consulta y Evaluación de Nutrición Servicios de Salud de Comportamiento

\*Estos servicios pueden ser prestados en escuelas intermedias y secundarias solamente. Los estudiantes serán referidos a sus médicos primarios cuando sea apropiado.

**Consentimiento General para Servicios y Tratamiento de Salud en la Escuela**

Al firmar abajo, doy mi consentimiento y autorizo al (Name of provider), los enfermeros y el personal clínico del equipo de salud de la escuela a proporcionar servicios y tratamiento de salud al estudiante nombrado arriba, incluyendo cualquier examen físico, laboratorios y exámenes de diagnóstico, inyecciones/vacunas, o cualquier otro servicio o tratamiento de salud en la escuela, el cual, en su opinión profesional sea necesario o recomendado para el diagnóstico y el tratamiento de cualquier condición médica para el estudiante nombrado arriba, CON LA EXCEPCIÓN de aquellos Servicios de Salud Escolares específicos que no estén circulados.

Entiendo que los resultados de la información médica obtenida mientras mi hijo recibe tratamiento en la instalación de salud de la escuela es confidencial y no será divulgada a ninguna persona sin mi consentimiento por escrito o sin una orden de la corte como es requerido por las leyes federales y estatales que aplican. Entiendo que las leyes de la Florida requieren que el equipo de atención de salud de la escuela proporcione al Departamento de Salud un informe de aquellos individuos que hayan sido diagnosticados con enfermedades contagiosas. Por lo tanto, autorizo al equipo de atención de salud de la escuela que reporte al Departamento de Salud cuando mi hijo sea diagnosticado con una enfermedad contagiosa. Además entiendo que mi hijo y/o yo seremos notificados de tal diagnóstico. Sin notificación por escrito para cambiar mis preferencias con relación al tratamiento de mi hijo, entiendo que esta constante expirará en la fecha en la cual mi hijo ya no esté matriculado en la escuela.

Doy mi consentimiento al uso y divulgación de información médica cuando sea necesario para tratamiento, pago u operaciones de atención de salud del equipo de salud de la escuela, incluyendo al proveedor que proporcione tratamiento, al fiador de cuentas, o pagadores de terceras partes para los cuales he asignado beneficios o que de lo contrario pueden reembolsar por la prestación de servicios, y si es solicitado a mi médico de atención primaria o a cualquier otro proveedor de servicios de atención de salud para propósitos de continuidad de la atención.

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tengo relación con el niño como su \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Imprima el nombre) (Madre, padre, guardián legal)

Yo tengo autorización legal para firmar este documento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma del padre/guardián legal)

Teléfono durante el día\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono por las noches\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_