

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

PROGRAMA DE TELEMEDICINA DEL CENTRO DE BIENESTAR ESCOLAR

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR LEGAL
Apellido: _____ Primer nombre: _____ Dirección: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <i>Ciudad</i> <i>Estado</i> <i>Código postal</i> </div> Fecha de nacimiento: ____/____/____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%; font-size: small;"> <i>Mes</i> <i>Día</i> <i>Año</i> </div> Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino 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: _____	Madre Apellido: _____ Primer nombre: _____ Número(s) de contacto: _____ Dirección de correo electrónico: _____ Padre Apellido: _____ Primer nombre: _____ Número(s) de contacto: _____ Dirección de correo electrónico: _____ Tutor legal, si corresponde 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: _____ Contacto de emergencia adicional Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ Número de teléfono particular: _____ Número de teléfono laboral: _____ Celular: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD

¿Tiene su hijo asistencia médica? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: N.º de asistencia médica _____ ¿Recibe su hijo servicios médicos a través de una organización de atención administrada (managed care organization, MCO)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - Marque a continuación la casilla que corresponda. ¿Qué plan? <input type="checkbox"/> AMERIGROUP <input type="checkbox"/> Maryland Physicians Care <input type="checkbox"/> Riverside <input type="checkbox"/> Jai <input type="checkbox"/> Medstar <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente <input type="checkbox"/> Priority Partners <input type="checkbox"/> Otro: _____ Si su hijo NO tiene seguro médico, proporcione lo siguiente: Ingreso familiar anual: _____ N.º de integrantes de la familia: _____ Si su hijo no tiene seguro de salud, ¿desea que el personal de la organización Connector Entity del programa Door To Healthcare (Puerta hacia la atención médica) se comuniquen con usted para inscribirlo en un seguro de salud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Tiene su hijo seguro de salud privado o patrocinado por el empleador? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre de la compañía: _____ Nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el niño: _____ Número de identificación de miembro: _____ Número de grupo: _____ ¿Tiene su hijo otro seguro de salud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre de la compañía: _____ Nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el niño: _____ Número de identificación de miembro: _____ Número de grupo: _____ Dé vuelta esta página, lea, firme e incluya la fecha.
---	---

Formulario de consentimiento para padres/tutores

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 autorizados por el estado que estén bajo contrato con el Departamento de Salud del condado de Howard (Howard County Health Department, HCHD), que pueden incluir al proveedor de atención médica primaria que especifique al inscribir a mi hijo en el programa del Centro de bienestar escolar (School Based Wellness Center, SBWC) de HCHD si el proveedor es parte de la red de telemedicina del SBWC de HCHD u otro profesional de la salud autorizado. 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 alientará a los alumnos a involucrar a sus padres o tutores legales en las decisiones de asesoramiento y atención médica. Los servicios de telemedicina del centro de bienestar escolar incluyen, entre otros, los siguientes:

- Atención médica y tratamiento, incluido el diagnóstico de afecciones y enfermedades crónicas y agudas.
- Recetas de medicamentos y, si ha sido indicado por un proveedor de la salud autorizado y desde el punto de vista médico, la entrega de acetaminofeno, ibuprofeno, crema de hidrocortisona al 1 % , y albuterol administrado con inhalador o por nebulización en el centro
- Análisis de laboratorio básicos recetados por un médico para infección de garganta por estreptococos (cultivo rápido de estreptococos y garganta)
- Derivaciones para servicios no proporcionados en el Centro de bienestar escolar
- 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.

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: Información para proteger la salud y la seguridad:

- Examen del nuevo ingresante emergencia
- Registro de vacunación
- Resultados de exámenes de visión y audición
- Resultados de la prueba de la tuberculina
- Afecciones que pueden requerir tratamiento médico de emergencia
- Diagnóstico de ciertas enfermedades contagiosas (no incluye el VIH)
- Infección/infecciones de transmisión sexual (ITS) y otros servicios confidenciales protegidos por ley)
- 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, el que suscribe, otorgo voluntariamente mi consentimiento para el tratamiento de mi hijo por el proveedor contratado por el Departamento de Salud del condado de Howard para proporcionar servicios médicos en el Centro de bienestar escolar (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. Acepto que soy financieramente responsable por todos los servicios prestados a mi hijo. Para aquellos planes de seguro para los que el proveedor de atención médica que prestó los servicios a mi hijo acepte asignación, acepto la responsabilidad personal por todos los copagos, deducibles y servicios no cubiertos, según lo indique mi cobertura de seguro, más todos los gastos de recaudación por los montos personalmente adeudados por mí, incluidos honorarios de abogados, de ser necesarios. Autorizo el pago directo a este proveedor de atención médica por los servicios para los que el proveedor 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

Asegúrese de haber firmado con su nombre y fechado las dos líneas de la parte superior e inferior de esta página.