

## Cuidado de la salud en la escuela

(281) 628 2050

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ ¿Es alumno actualmente?  Hermano/a de un alumno actual   
 Hijo/a de miembro del personal

INFORMACIÓN DEL ALUMNO	Nombre del alumno:		Fecha de nacimiento:			
	<i>Nombre: _____ Apellido: _____</i>					
	Calle:		Número de departamento:			
	Ciudad:		Código postal:			
	Género:      Masculino: <input type="checkbox"/> Femenino: <input type="checkbox"/>		¿El alumno carece de vivienda?    Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>			
	Raza:    Blanca: <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana: <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska o amerindio: <input type="checkbox"/> Asiático: <input type="checkbox"/> Nativo de la Polinesia: <input type="checkbox"/> Otra: <input type="checkbox"/> Prefiero no responder: <input type="checkbox"/>					
	Origen étnico:      Hispano: <input type="checkbox"/> No hispano: <input type="checkbox"/>					
¿Actualmente el alumno es paciente de Legacy Community Health (Legacy)?    Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>						
INFORMACIÓN DE LOS PADRES	1. Nombre del padre/tutor:		Fecha de nacimiento:	Teléfono:	Teléfono alternativo:	Relación con el alumno:
	2. Nombre del padre/tutor:		Fecha de nacimiento:	Teléfono:	Teléfono alternativo:	Relación con el alumno:
	Nombre del contacto en caso de emergencia:			Teléfono:	Teléfono alternativo:	Relación con el alumno:
	Correo electrónico del padre/tutor:					
SEGURO	¿El alumno tiene seguro?    Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>			Tipo de seguro:    Medicaid: <input type="checkbox"/> CHIP: <input type="checkbox"/> Privado: <input type="checkbox"/>		
	Si el estudiante no está asegurado, puede comunicarse con el personal de Legacy para contactar al Departamento de elegibilidad de Legacy para recibir asistencia para inscribirse al seguro y/o determinar si califica para el programa de tarifas escalonadas.			Nombre del plan de seguro:		
				Número de identificación del seguro:		Apartado postal:

-Yo soy el padre/la madre con patria potestad o el tutor legal del menor arriba mencionado. Entiendo que no estoy obligado a asistir a la cita **médica** de mi hijo, pero puedo hacerlo si así lo decido. Yo autorizo a las enfermeras practicantes y/o a los médicos de Legacy para que atiendan a mi hijo en mi ausencia y, de ser necesario, un adulto autorizado puede acompañar a mi hijo para que reciba atención médica. El adulto autorizado puede ser un asistente médico, una enfermera de la escuela, el director de la escuela, un empleado administrativo de la escuela o un adulto nombrado por cualquiera de ellos.

-Entiendo que debo estar presente en la primera cita de Terapia y en todas las citas de psiquiatría.

-Autorizo y doy mi consentimiento para que mi hijo reciba servicios de Legacy y de sus proveedores afiliados. Los servicios pueden incluir, de manera enunciativa mas no limitativa:

- Cualquier servicio de salud que se solicite a Legacy por mandato de la escuela.
- Exploración física completa (examen médico completo) incluyendo aquellos requeridos para la escuela, deportes, permisos de trabajo, así como inscripciones a una nueva escuela.
- Pruebas de laboratorio prescritas por médicos.
- Atención médica y tratamiento, incluyendo el diagnóstico de enfermedades agudas y crónicas y suministro y prescripción de medicamentos.
- Servicios de salud mental, incluyendo consejería, terapia, evaluación, diagnóstico, tratamiento y derivaciones.
- Educación y asesoría en materia de salud para prevenir comportamientos de riesgo tales como: consumo de drogas, alcohol y tabaco, así como educación sobre prevención de embarazos y de infecciones de transmisión sexual y del VIH, de acuerdo con la edad.
- Un menor en Texas (definido en el Código Familiar de Texas como menor de 18 años de edad) puede dar su consentimiento para el tratamiento de enfermedades infecciosas, contagiosas o transmisibles de declaración obligatoria (por ejemplo solamente y sin estar limitadas a: VIH/SIDA, otras enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis y hepatitis); para el tratamiento relacionado con embarazo (excepto aborto) y, si el menor es un paciente que paga por sí mismo o un paciente de Medicaid, para la prescripción de anticonceptivos/medios de control de la natalidad.
- Entiendo que Legacy está obligado por la ley estatal a reportar información al Departamento de Salud y Servicios Humanos de la ciudad de Houston cuando las personas tengan un resultado positivo para determinadas enfermedades (conocidas como "enfermedades de declaración obligatoria") incluyendo, de manera enunciativa mas no limitativa, tuberculosis, VIH/SIDA y sífilis.



Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

-Después de la mayoría de las consultas se me entrega un resumen clínico. Este resumen puede ser una carta colocada en la mochila de mi hijo o puede ser enviado por correo y/o mediante una llamada telefónica. Entiendo que cierta información limitada, tales como historial de vacunación, puede ser entregada por Legacy a la escuela y/o al (a los) departamento(s) de salud local(es) o estatal(es).

-Autorizo e instruyo a Legacy a facturar en mi nombre o en el de mi hijo y a cobrar el pago de cualquier seguro o de un tercero pagador que cubra los servicios prestados a mi hijo. Entiendo que puedo recibir una factura por montos de coaseguro o copago correspondientes. Si los proveedores de Legacy sugieren tratamiento adicional, la referencia será enviada al domicilio y/o notificada al número telefónico registrado en la presente.

- Estoy de acuerdo con los términos y la información anteriores. Otorgo este consentimiento por mi propia voluntad. -He tenido la oportunidad de hacer preguntas y me han sido respondidas en un idioma que entiendo. Además, estoy de acuerdo en acatar los términos de esta autorización. Entiendo que este documento sigue en vigor hasta que revoque mi consentimiento por escrito. También entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento.

-Reconozco que recibo información sobre el aviso de las prácticas de privacidad de Legacy y entiendo que el mismo está disponible en línea en [www.legacycommunityhealth.org](http://www.legacycommunityhealth.org).



Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_