



Estimado padre, madre o tutor(a):

Usted debe llenar el formulario de consentimiento adjunto para que su niño(a) reciba servicios en el centro de salud Crusader Community Health con sede en la Preparatoria Auburn.

En lugar de apuntar a su niño(a) para recibir servicios, **deberá tachar en la página 3 los servicios que usted no desea que su niño(a) reciba.** Por favor tache cualquier servicio no deseado en la página 3 de este formulario de consentimiento y escriba sus iniciales a un lado de dicho servicio.

Si no desea que su niño(a) reciba ningún servicio, deberá tachar todos los servicios y escribir sus iniciales a un lado de cada servicio.

Las tres partes del formulario de consentimiento deben estar completadas y firmadas.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre los servicios para su niño(a), por favor comuníquese con *Crusader Community Health* al 815-460-1600. Si tiene alguna pregunta sobre el programa de transporte escolar, por favor comuníquese con Servicios de Salud de RPS 205 al 815-490-4105.

¡Gracias!

Servicios de Salud
Escuelas Públicas de Rockford



(815)490-1600



(815)490-1600



(815)209-9642

Crusader Community Health - Auburn Campus

Un centro de salud escolar

Crusader Community Health – Auburn Campus, un centro de salud escolar, es una asociación perfecta integrada por agencias locales confiables dedicadas a la salud y el bienestar de sus niños. La asociación incluye a un practicante de enfermería especializada, un médico asistente, un dentista, un higienista dental, un optometrista, un proveedor de salud conductual y a sus respectivos asistentes, todos disponibles por horarios y dispuestos a brindar servicios médicos, dentales, ópticos y/o de salud mental en el centro de salud. Complete y firme los formularios de consentimiento adjuntos y entréguelos al centro de salud o a un miembro del personal de enfermería de la escuela de su hijo.

El objetivo de este centro de salud es mejorar la salud física y emocional de los estudiantes y enseñarles conductas de salud positivas para toda la vida. El centro de salud estará abierto de lunes a viernes, si así lo permite el clima, con excepción de Año Nuevo, el Día de los Caídos, el 4 de Julio, el Día del Trabajo, el Día de Acción de Gracias y Navidad.

Crusader Community Health y sus asociados le enviarán sus facturas a seguros privados y Medicaid (All Kids). Se recomienda que consulte con su compañía de seguros para confirmar la cobertura de servicios específicos. **La incapacidad de pago no será motivo para negarle los servicios a ningún niño.**

- Consentimiento de los padres para la realización de tratamientos: nos permite prestarle a su hijo los servicios que necesita.
- Antecedentes médicos y formulario con la información de la compañía de seguros: incluye detalles e información que el médico o el dentista pueden necesitar para saber sobre su hijo, así como información necesaria para cobrar por los servicios.
- Consentimiento para divulgar información y trasladar a su hijo: les permite a los proveedores y al distrito compartir información y trasladar a su hijo al centro de salud para que reciba servicios aprobados.

Luego de que firme y entregue estos formularios, su hijo podrá obtener los servicios que se brindan en el centro, que pueden incluir los siguientes:

Servicios médicos	Servicios de salud conductual	Educación sobre salud
<ul style="list-style-type: none"> ▪ exámenes físicos (incluyen certificados de buena salud y aptitud física) ▪ vacunas ▪ diagnóstico/tratamiento de enfermedades y lesiones agudas ▪ diagnóstico/control de afecciones crónicas ▪ receta/despacho de medicamentos para enfermedades y trastornos comunes <ul style="list-style-type: none"> ➢ Tylenol, Advil u otros analgésicos de venta libre con el consentimiento de los padres ➢ antibióticos (que se hayan recetado) ▪ evaluaciones de riesgos conductuales ▪ asesoramiento y educación sobre nutrición ▪ servicios de salud reproductiva, que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ➢ asesoramiento sobre abstinencia ➢ diagnóstico/tratamiento de infecciones de transmisión sexual ➢ pruebas de embarazo ➢ asesoramiento/exámenes/recetas de anticoncepción ▪ pruebas de laboratorio básicas <ul style="list-style-type: none"> ➢ análisis estreptocócico ➢ extracción de sangre 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ intervención en caso de crisis y vinculación con servicios de intervención en caso de crisis, si fueran necesarios ▪ servicios de salud conductual, que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ➢ detección de posible abuso de sustancias/necesidad de servicios de salud mental ➢ intervenciones breves para abordar inquietudes, educar y cubrir la necesidad de servicios continuos ➢ proporcionar derivaciones directas a servicios que incluyen consultas y proveedores específicos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ educación individual sobre salud y orientación temprana para estudiantes y padres ▪ educación grupal ▪ educación familiar y comunitaria ▪ educación sobre salud para el personal del centro de salud escolar y de la escuela ▪ apoyo para la educación sobre salud integral en el aula ▪ asesoramiento y educación sobre nutrición ▪ promoción del bienestar (lo que incluye, entre otras cosas: abandonar el tabaquismo y controlar el peso)
	Servicios dentales	Optometría
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ exámenes/limpiezas ▪ reparaciones (rellenos, coronas de acero inoxidable) ▪ extracciones ▪ atención de emergencia para controlar el dolor 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ exámenes, anteojos y lentes de contacto ▪ tratamiento y control de enfermedades oculares ▪ tratamiento de emergencia para lesiones, enrojecimiento y dolor ocular ▪ servicios de terapia para la vista

Aviso sobre prácticas de privacidad en cuanto a la información de salud protegida

Este aviso describe de qué forma su información de salud puede ser utilizada y divulgada y cómo usted puede acceder a dicha información. Léalo detenidamente.

Con su consentimiento, las leyes federales sobre privacidad le permiten al consultorio utilizar y divulgar su información de salud con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. La información de salud protegida es la información que creamos y obtenemos al brindarle nuestros servicios. Dicha información puede incluir la documentación de sus síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos y tratamientos, así como la solicitud de cuidados o tratamientos futuros. También incluye los documentos de facturación de dichos servicios.

Ejemplo de los usos que se pueden hacer de su información de salud con fines de tratamiento: un miembro del personal de enfermería obtiene información del tratamiento que se le presta y la archiva en un registro médico. Durante el curso de su tratamiento, el médico determina que necesita consultar a otro especialista en el tema. El médico comparte la información con dicho especialista y obtiene su parecer.

Ejemplo de los usos que se pueden hacer de su información de salud con fines de pago: presentamos una solicitud de pago a su compañía de seguros de salud. La compañía de seguros de salud nos solicita información sobre la atención médica prestada. Le proporcionaremos información sobre usted y la atención prestada.

Ejemplo de los usos que se pueden hacer de su información de salud con fines de atención médica: obtenemos servicios de nuestros aseguradores y de otros socios comerciales, como evaluación de la calidad, mejora de la calidad, evaluación de resultados, desarrollo de protocolos y pautas clínicas, programas de capacitación, acreditación, revisión médica, servicios legales y seguros. Compartiremos su información con dichos aseguradores y socios comerciales según sea necesario con el fin de obtener estos servicios.

Sus derechos sobre la información de salud

El registro médico y los registros de facturación que conservamos son propiedad física del consultorio. La información que ellos contienen, sin embargo, le pertenece a usted. Tiene derecho a:

- solicitar que se restrinjan determinados usos y divulgaciones de su información de salud al enviarnos la solicitud por escrito a nuestra oficina. No estamos obligados a cumplir con la solicitud, pero cumpliremos con toda solicitud aceptada;
- solicitar que se le conceda permiso para ver y copiar su registro de salud y de facturación; puede ejercer este derecho al enviarnos la solicitud por escrito a nuestra oficina;
- apelar una denegación de acceso a su información de salud protegida, excepto en determinadas circunstancias;
- solicitar que su registro de atención médica sea modificado para corregir información que esté incompleta o sea incorrecta al enviarnos una solicitud por escrito a nuestra oficina;
- presentar una declaración de desacuerdo en caso de que le nieguen la modificación y solicitar que su pedido de modificación y toda denegación se adjunten a todas las divulgaciones futuras de su información de salud protegida;
- obtener un registro de divulgaciones de su información de salud, que por ley se debe llevar a cabo, al enviarnos una solicitud por escrito a nuestra oficina. Dicho registro no incluirá usos internos de la información para tratamiento, pagos u operaciones, para divulgaciones que se le hayan hecho o divulgaciones a terceros solicitadas por usted ni para divulgaciones hechas a familiares o amigos mientras se le presta la atención;
- solicitar que la comunicación de su información de salud se lleve a cabo a través de medios alternativos o en una ubicación alternativa al enviarnos su solicitud por escrito a nuestra oficina; y
- revocar autorizaciones que haya otorgado previamente para usar o divulgar información, salvo en los casos en que ya se haya utilizado la información o se hayan tomado medidas; para ello debe enviar la revocación por escrito a nuestra oficina.

Si quiere ejercer cualquiera de los derechos anteriores, comuníquese con **Crusader Community Health** personalmente o por escrito durante el horario de atención habitual. Le ofreceremos ayuda en cuanto a los pasos que debe seguir para ejercer sus derechos.

Nuestras responsabilidades. El consultorio debe:

- mantener la privacidad de su información de salud de conformidad con la ley;
- proporcionarle un aviso de nuestras responsabilidades y prácticas de privacidad en relación con la información que obtenemos y conservamos sobre usted;
- cumplir con los términos de este aviso;
- notificarle en caso de que no podamos cumplir con alguna restricción solicitada u otra solicitud; y
- cumplir con sus solicitudes razonables con respecto a las formas de comunicarnos con usted por su información de salud.

Nos reservamos el derecho de modificar, cambiar o eliminar disposiciones de nuestras prácticas de privacidad y de acceso; así como también de implementar nuevas disposiciones con respecto a la información de salud protegida que conservamos. Si nuestras prácticas de información cambian, modificaremos nuestro aviso. Tiene derecho a recibir una copia corregida del aviso al llamar o solicitar una copia de nuestro "aviso" o visitar nuestra oficina y recoger una copia.

Para solicitar información o presentar un queja

Si tiene preguntas, desea obtener información adicional o quiere informar un problema con respecto al manejo de su información, puede comunicarse con **Crusader Community Health**. Adicionalmente, si considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja por escrito en nuestra oficina al enviarla a **Crusader Community Health**. También puede enviar una queja por correo o por correo electrónico a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos.

- Pedirle que renuncie a su derecho de presentar una queja ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) como condición para que reciba tratamiento en el consultorio es algo que no podemos hacer ni haremos.
- Tampoco podemos tomar represalias contra usted por presentar una queja ante la Secretaría ni lo haremos.

Otras divulgaciones y usos

Notificación A menos que se oponga, podemos usar y divulgar su información de salud protegida para notificar o respaldar la notificación a un familiar, representante personal u otra persona que responda por su atención con respecto a su ubicación y condición general o fallecimiento.

Comunicación con la familia Si usted no se opone o en caso de emergencia, si lo consideramos conveniente podemos usar o divulgar a un familiar, otro pariente, amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique, información de salud pertinente para la participación de esa persona en su cuidado o en el pago de dicho cuidado.

Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) Podemos divulgar a la FDA su información de salud protegida en torno a eventos adversos relacionados con productos, defectos de productos o información de control de poscomercialización para que sea posible retirar, reparar o reemplazar los productos.

Compensación laboral Si busca un resarcimiento mediante las leyes de compensación laboral, podemos divulgar su información de salud protegida en la medida en que sea necesario para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación laboral.

Salud pública Tal como lo exige la ley, podemos divulgar su información de salud protegida a autoridades de la salud pública o legales a cargo de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.

Abuso y negligencia: podemos divulgar su información de salud protegida a autoridades públicas en la medida en que lo permita la ley con el fin de informar abuso o negligencia.

Instituciones penitenciarias Si está preso en una institución penitenciaria, podemos divulgar a la institución o a sus agentes la información de salud protegida necesaria para su salud y para la salud y la seguridad de los demás.

Cumplimiento de la ley: Con el fin de cumplir con la ley, podemos divulgar su información de salud protegida si así lo exige la ley o para propósitos de su cumplimiento; por ejemplo, cuando se solicita por orden judicial, en casos de demandas por delitos mayores o cuando un individuo está bajo la custodia de fuerzas públicas.

Consentimiento de los padres para la realización de tratamientos



Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ N.º de ID del estudiante _____

Los servicios son proporcionados por Crusader Community Health, Rosecrance y Rockford Family Eye Care. El distrito n.º 205 trasladará a los estudiantes elegibles desde y hacia las escuelas del distrito n.º 205 y el centro de salud escolar. Los siguientes servicios están disponibles en el centro de salud escolar en función de su consentimiento firmado.

Si no desea que su hijo reciba alguno de los servicios que se mencionan a continuación, trace una línea sobre el servicio que corresponda y coloque sus iniciales junto a él.

Por medio del presente autorizo que la organización de servicios y el personal de la clínica presten los siguientes

Servicios médicos	Servicios de salud conductual	Educación sobre salud
<ul style="list-style-type: none"> ▪ exámenes físicos (incluyen certificados de buena salud y aptitud física) ▪ vacunas ▪ diagnóstico/tratamiento de enfermedades y lesiones agudas ▪ diagnóstico/control de afecciones crónicas ▪ receta/despacho de medicamentos para enfermedades y trastornos comunes <ul style="list-style-type: none"> ➢ Tylenol, Advil u otros analgésicos de venta libre con el consentimiento de los padres ➢ antibióticos (que se hayan recetado) ▪ evaluaciones de riesgos conductuales ▪ asesoramiento y educación sobre nutrición ▪ servicios de salud reproductiva, que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ➢ asesoramiento sobre abstinencia ➢ diagnóstico/tratamiento de infecciones de transmisión sexual ➢ pruebas de embarazo ➢ asesoramiento/exámenes/recetas de anticoncepción ▪ pruebas de laboratorio básicas <ul style="list-style-type: none"> ➢ análisis estreptocócico ➢ extracción de sangre 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ intervención en caso de crisis y vinculación con servicios de intervención en caso de crisis, si fueran necesarios ▪ servicios de salud conductual, que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ➢ detección de posible abuso de sustancias/necesidad de servicios de salud mental ➢ intervenciones breves para abordar inquietudes, educar y cubrir la necesidad de servicios continuos ➢ proporcionar derivaciones directas a servicios que incluyen consultas y proveedores específicos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ educación individual sobre salud y orientación temprana para estudiantes y padres ▪ educación grupal ▪ educación familiar y comunitaria ▪ educación sobre salud para el personal del centro de salud escolar y de la escuela ▪ apoyo para la educación sobre salud integral en el aula ▪ asesoramiento y educación sobre nutrición ▪ promoción del bienestar (lo que incluye, entre otras cosas: abandonar el tabaquismo y controlar el peso)
	Servicios dentales	Optometría
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ exámenes/limpiezas ▪ reparaciones (rellenos, coronas de acero inoxidable) ▪ extracciones ▪ atención de emergencia para controlar el dolor 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ exámenes, anteojos y lentes de contacto ▪ tratamiento y control de enfermedades oculares ▪ tratamiento de emergencia para lesiones, enrojecimiento y dolor ocular ▪ servicios de terapia para la vista

así como también cualquier otro cuidado o tratamiento que se indique en situaciones urgentes o de emergencia, sin la necesidad de conseguir mi permiso o consentimiento o el de mis familiares. Entiendo que quienes le prestarán tratamiento a mi hijo serán un proveedor, todas las personas que él o ella elija como asistentes, todas las personas que él o ella consulte como asesores y los empleados de la clínica (enfermeros, técnicos, asistentes y otro personal de atención médica) bajo la dirección del proveedor o de otras personas bajo la supervisión del proveedor.

Me gustaría que los proveedores de salud se comuniquen conmigo antes de programar a mi estudiante para los servicios en el centro de salud escolar.

Consentimiento de emergencia/cambios en el estado de salud o custodia

- Entiendo que, como condición de este consentimiento, si alguna de las organizaciones de servicios considera que mi hijo es un peligro grave para sí mismo o para otros, entonces se reservan el derecho de informar al médico, a otros que podrían estar en riesgo, a los contactos de emergencia designados y a los servicios de emergencia correspondientes. También acepto informar de inmediato al personal del centro de salud escolar por escrito lo siguiente: **1)** cualquier cambio en la salud física o médica de mi hijo y **2)** cualquier cambio en la custodia o tutela de mi hijo que afecte mi capacidad para otorgar este consentimiento en su nombre.

Confidencialidad y privacidad

- Acepto la divulgación de información de salud pertinente y de registros médicos relacionados con tratamientos al centro de salud escolar, así como a sus socios colaboradores, con el fin de cubrir las necesidades de salud de mi hijo. También autorizo al centro de salud escolar para que divulgue información relacionada con el tratamiento de mi hijo a terceros pagadores o a otros con fines de facturación, manejo de programas y evaluación de acuerdo con las leyes federales y estatales y con las regulaciones en cuanto a confidencialidad.
- Entiendo que las organizaciones de servicios protegerán la privacidad de la salud de mi hijo y de sus registros educativos en la medida en que las leyes federales y estatales lo exijan. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento (salvo en la medida en que alguna de las organizaciones de servicios haya actuado con el respaldo de mi consentimiento anterior). Para revocarla, debo emitir una declaración por escrito y enviarla a Crusader Community Health-Auburn Campus 1002 N. Pierpont Ave. Rockford, IL 61101.
- Entiendo que, bajo las leyes de Illinois, un menor de 12 años de edad en adelante tiene la misma capacidad que un adulto para otorgar consentimiento para determinados servicios de salud y que para recibir tales servicios no se necesita el permiso de los padres.
- Entiendo que si mi hijo tiene 12 años de edad o más puede recibir servicios de salud mental y contra el abuso de sustancias en el centro de salud sin mi consentimiento. Según la sección 5/3-5A-105(a) del Capítulo 405 de los Estatutos Compilados de Illinois, puede recibir hasta 8 sesiones de salud mental de 90 minutos.
- Autorizo a las organizaciones de servicios a comunicarse con el proveedor de atención primaria y/o el dentista regular de mi hijo.

Asignación de beneficios

- Por medio del presente, le cedo a las organizaciones de servicios todos y cada uno de los pagos que me correspondan conforme a Medicaid o cualquier póliza de seguro de salud por los servicios de atención médica o de salud dental prestados a mi hijo por cualquier organización de servicios siempre que los cargos por los servicios de las organizaciones de servicios no excedan los cargos regulares de dichas organizaciones. También autorizo a cada organización de servicios a facturar y recibir el pago directamente de Medicaid o de mi corredor de seguros por aquellos servicios que la organización de servicios haya prestado y por lo cuales yo pueda tener derecho a recibir cobertura del seguro. Además, autorizo a cada organización de servicios a darle a Medicaid o a mi corredor de seguro de salud toda información necesaria para propósitos de facturación por los servicios prestados en aquellos periodos en los que mi hijo haya recibido o esté recibiendo servicios de atención médica primaria o dentales.

Otras asignaciones y autorizaciones

- Reconozco que no me han ofrecido garantía alguna en relación con los resultados que puedan obtenerse de dicho tratamiento médico/dental.
- Autorizo a la organización de servicios y a su personal a divulgar información sobre vacunas al programa de intercambio ICARE para la compleción de registros y hacer seguimiento en la comunidad o en el condado.
- He leído el material precedente y comprendo su significado. Mi firma a continuación indica mi permiso para que mi hijo reciba servicios tal como se describen en el texto precedente; así como también representa mi aceptación de los términos expuestos anteriormente. Mi firma también indica que he leído la autorización para tratamiento médico y que la apruebo.

Información del paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____
 Escuela: _____ Grado: _____ ID del estudiante: _____
 N.º de Seguro Social: _____

Información de contacto del padre/de la madre/del tutor

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____
 Teléfono fijo: _____ Teléfono celular: _____ ¿Podemos enviarle mensajes? Sí / No
 Teléfono laboral: _____ ¿Podemos llamar a su teléfono laboral? Sí / No
 Correo electrónico: _____
 ¿Cuál es la mejor forma de comunicarnos con usted? (Marque todas las que correspondan). Tel. fijo _____ Celular _____
 Mensaje de texto _____ Tel. laboral _____ Correo electrónico _____

Información del contacto de emergencia

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____

Antecedentes

Idioma principal: Inglés _____ Español _____ Otro _____
 ETNIA: HISPANA O LATINA _____ NI HISPANA NI LATINA _____
 RAZA: ¿QUÉ CATEGORÍA DESCRIBE MEJOR SU RAZA?
 _____ NATIVO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA _____ ASIÁTICO _____ NATIVO DE HAWÁI U OTRA ISLA DEL PACÍFICO _____ BLANCO
 _____ NEGRO O AFROAMERICANO _____ HISPANO _____ OTRA RAZA _____

Entiendo que doy este consentimiento con el fin de recibir servicios profesionales para mi hijo, cuyos datos se ofrecen a continuación, y para cualquier otro fin descrito en este consentimiento. También comprendo que este consentimiento cubre servicios médicos, dentales, ópticos y de salud mental brindados por las organizaciones de servicios, y que cada organización de servicios será responsable solo por los servicios que ella preste.



Firma del padre/de la madre/del tutor: _____ Fecha: _____

*Los certificados de aptitud física deben ser presentados por todos los estudiantes que ingresen a preescolar, jardín de infantes y sexto y noveno grado antes del primer día de clases. Junto con los certificados de aptitud física, se debe presentar la documentación de las vacunas básicas. Antes del día 15 de mayo de este año escolar, todos los niños de jardín de infantes y de segundo y sexto grado deben realizarse los exámenes de salud bucal. Todos los niños que se inscriban en jardín de infantes y todos los estudiantes que se inscriban por primera vez en una escuela pública, privada o parroquial deben realizarse un examen de los ojos antes del primer día de clases.

Antecedentes médicos e información de la compañía de seguros



Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento: _____ ID del estudiante: _____

Médico _____ Dirección _____ Teléfono _____

Fecha de la última cita médica _____ Fecha de la última cita dental _____ Fecha del último examen de los ojos _____

¿Está actualmente bajo los cuidados de un médico? Sí No Motivo: _____

¿Toma medicamentos? Sí No En caso afirmativo, detalle los medicamentos:

- a) _____ Motivo: _____ c) _____ Motivo: _____
 b) _____ Motivo: _____ d) _____ Motivo: _____

¿Es alérgico a alguna de las siguientes sustancias? Látex Sí No Penicilina Sí No

¿A algún otro medicamento? Sí No

Especifique: _____

Mujeres: ¿Está embarazada? Sí No En caso afirmativo, ¿de cuántos meses? _____ ¿Toma píldoras anticonceptivas? Sí No

Su hijo, ¿padece alguna de las siguientes afecciones médicas? **Sí** **No** **Comentarios**

	Sí	No	
TDA/TDAH			
Ansiedad o depresión			
Asma o respiración sibilante			
Problemas/trastornos hemorrágicos o de coagulación sanguínea			
Defectos de nacimiento o genéticos			
Cáncer, leucemia, otro tumor			
Consumo de cigarrillos/tabaco sin humo			
Convulsiones/desmayos			
Retrasos en el desarrollo			
Diabetes (problemas con el azúcar en sangre)			
Dependencia a las drogas y/o el alcohol			
Dolores de cabeza/migrañas			
Problemas de audición			
Enfermedad cardíaca, soplo cardíaco, cirugía del corazón			
Hepatitis u otros problemas del hígado			
VIH y/o SIDA			
Problemas del riñón			
Retardo mental o retraso en el desarrollo normal			
Recibió tratamiento con esteroides			
Anemia o rasgo de células falciformes			
Problemas de tiroides			
Tuberculosis			
Otra no mencionada			

Marque todas las afecciones oculares que tenga su hijo:

<input type="checkbox"/> Ceguera	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Cirugía ocular	<input type="checkbox"/> Degeneración macular
<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Otra		

Otra afección no mencionada: _____

Información sobre el seguro

¿Tiene Medicaid/All Kids? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No N.º de ID de beneficiario _____
¿Tiene un seguro de salud privado? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No Nombre de la compañía de seguros _____ Tipo de seguro: MÉDICO / DENTAL / OCULAR N.º de póliza o ID _____ N.º de grupo _____ Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de nacimiento (titular de la póliza) _____

Certifico que he leído y comprendido las preguntas anteriores. A mi leal saber y entender, la información precedente es correcta. No haré responsables a Crusader Community Health, al médico/dentista tratante ni a ningún miembro del personal por ningún error u omisión en la que pueda haber incurrido al completar este formulario. Entiendo que es mi responsabilidad informar al proveedor médico o dental de mi hijo cuando haya algún cambio en la afección médica de este o cuando haya algún cambio en relación con las respuestas a alguna de las preguntas anteriores.

Persona que responde este formulario: _____ Firma: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha: _____

Número telefónico de contacto: _____ ¿Es la persona legalmente responsable por este niño? Sí No

Esta página fue dejada en blanco intencionadamente.

Consentimiento para divulgar información y trasladar a su hijo



Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de ID del estudiante: _____

Reconocimiento de la divulgación de información

La Junta Educativa del Distrito n.º 205 (Distrito 205) de Rockford Public School se ha asociado con Crusader Community Health (organización de servicios) para brindar servicios médicos, dentales, ópticos y de salud mental a los estudiantes del Distrito 205.

Al firmar este consentimiento, autorizo a las organizaciones de servicios, a sus proveedores de servicios individuales, a sus supervisores y al Distrito 205 a intercambiar información y a hablar sobre información que resulte apropiada (página de resumen del estudiante, información sobre antecedentes de salud, información pertinente del paciente, etc.) para facilitar el tratamiento de mi hijo.

Consentimiento para traslado

La Junta Educativa del Distrito n.º 205 ("Distrito n.º 205") de Rockford Public School ha acordado con Crusader Community Health ("organizaciones de servicios") la prestación de servicios de salud a los alumnos elegibles del Distrito n.º 205. Entiendo que doy este consentimiento con el fin de recibir servicios de salud profesionales para mi hijo, cuyos datos se encuentran en la parte superior de esta página, y para cualquier otro fin descrito en este consentimiento.

Las consultas se llevarán a cabo durante la jornada escolar. En caso de ser necesarios y de estar disponibles, a los estudiantes se les brindarán los servicios de un acompañante del distrito y de traslado desde y hacia la clínica. Los padres pueden estar presentes, *pero no tienen la obligación de hacerlo*. Si mi hijo necesita ser trasladado para asistir a consultas, doy mi consentimiento para que el Distrito 205 lo traslade desde y hacia el centro de salud escolar para recibir servicios sin costo alguno para mí.

El Distrito n.º 205 trasladará a los estudiantes elegibles desde y hacia las escuelas del Distrito n.º 205 y la clínica de la organización de servicios.

- a) Si mi hijo necesita ser trasladado, como se indica a continuación, doy mi consentimiento para que una de las organizaciones de servicios programe el traslado con el Distrito n.º 205 para que lleven a mi hijo desde y hacia el Distrito n.º 205 para que reciba servicios dentales, sin costo alguno para mí.
- b) Acepto que el Distrito n.º 205 pueda buscar un reembolso por parte de Medicaid por dichos servicios de traslado.

Si mi hijo es visto al final del día de escuela, eso significa que mi hijo:

- Puede caminar a casa con sus hermanos (nombres) _____
- Puede caminar a casa con un(os) amigo(s) (nombres) _____
- Debe ser trasladado para encontrarse con su niñera/proveedor de atención infantil _____ que se encuentra en _____ y puede ser contactado a este número _____
- Debe ser trasladado a casa

Las preguntas sobre el programa de traslados pueden dirigirse al Servicio de Salud del RPS205 llamando al (815) 490-4105.

Las preguntas sobre los servicios prestados pueden ser dirigidas a Crusader Community Health llamando al (815) 490-1600.



Persona que responde este formulario: _____ Firma: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha: _____

Número telefónico de contacto: _____ ¿Es la persona legalmente responsable por este niño? ___ Sí ___ No

Esta página fue dejada en blanco intencionadamente.