

Open Door Family Medical Centers/UFSD Distrito Escolar de Ossining
Formulario de Consentimiento del Centro de Salud Escolar

Nombre del estudiante:		Dirección:		Código Postal:	
Fecha de nacimiento:		Escuela:		Grado:	

Yo doy consentimiento para que mi hijo/a reciba los servicios de atención de salud en el Centro de Salud Escolar en el Distrito Escolar de Ossining. Los médicos y las enfermeras son empleados por Open Door en el programa de Centro de Salud Escolar, el cual está licenciado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Los servicios ofrecidos por el Centro de Salud Escolar incluyen:

- Exámenes de la vista, oído, asma, obesidad, escoliosis, tuberculosis y otras condiciones médicas, primeros auxilios, y vacunas requeridas y recomendadas por el CDC (Centro para el Control de las Enfermedades).
- Examen físico detallado incluyendo los requeridos para la escuela, deportes, trabajo y para estudiantes nuevos admitidos.
- Atención médica y tratamiento, incluyendo el diagnóstico de enfermedades agudas y crónicas.
- Exámenes de salud mental y referencias para evaluaciones por especialistas.
- Pruebas de laboratorio médicamente prescritas.
- Educación de salud y asesoramiento para la prevención de comportamientos de alto riesgo tales como: drogadicción, alcoholismo y abuso de tabaco, así como educación en la abstinencia, prevención del embarazo, infecciones de transmisión sexual y VIH a la edad apropiada.
- Cuestionario/encuesta anual de Salud
- Referencias a especialistas para servicios no provistos en el Centro de Salud Escolar.

Yo entiendo que la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de salud se garantizará en las áreas de servicio de conformidad con la ley, y los estudiantes serán alentados a involucrar a sus padres o tutores en las decisiones de atención médica y consejería.

Yo doy permiso para las pruebas médicas necesarias, evaluaciones y el manejo de la atención médica de mi hijo/a. Conforme a lo dispuesto por la Ley de Educación y el artículo 19 del Reglamento del Comisionado, los exámenes físicos de los estudiantes nuevos en la escuela, en los grados escolares requeridos y exámenes para deportes se compartirán con la enfermera de la escuela. Toda información adicional de salud será compartida con la enfermera de la escuela sólo en caso considerado necesario por la Directora Médica del Centro de Salud Escolar, con el propósito de asegurar la salud y el bienestar del niño/a. El expediente del Centro de Salud Escolar del estudiante se mantendrá como un registro médico confidencial; no es un récord de la escuela. También entiendo que se observará la confidencialidad entre el personal escolar y los estudiantes que usan el Centro de Salud Escolar.

Yo autorizo a Open Door Family Medical Centers a compartir información a pagadores terceros u otros con el propósito de facturación y por cualquier motivo que pueda ser necesaria para cumplir con los estatutos o reglamentos de conformidad con las prácticas médicas aceptadas. Yo he leído la información anterior y he tenido la oportunidad de tener todas mis preguntas contestadas. Entiendo que este consentimiento se mantendrá vigente mientras que mi hijo/a está inscrito/a en la escuela y viva en la Villa de Ossining, a menos que yo notifique al Centro de Salud Escolar por escrito. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento.

Por ley, el consentimiento de los padres no es necesario para la atención prenatal, los servicios relacionados con el comportamiento sexual, la atención de salud mental y la prevención del embarazo, y la provisión de servicios en los cuales la salud del estudiante parezca estar en peligro. El consentimiento de los padres no es necesario para los estudiantes que tengan 18 años o más, o para los estudiantes que son padres o legalmente emancipados.

Firma del Padre o guardián legal: (o del estudiante si tiene 18 años o más o está permitido legalmente)			¿Su niño tiene seguro médico? ☐ Yes ☐ No	
	Fecha:		Si tiene seguro- Nombre de la Aseguradora:	
Información del Padre o guardián:	Teléfono de casa:	Teléfono durante el día:	Teléfono celular:	
Por favor escoja una opción: A. Me gustaría que el proveedor del Centro de Salud Escolar sea el médico de mi hijo/a (exámenes físicos, visitas médicas cuando enferme etc.) ☐ Yes B. Yo tengo un doctor regular para mi hijo/a y me gustaría usar el Centro de Salud Escolar para visitas cuando enferme y otros cuidados cuando sea necesario ☐ Yes El nombre de mi médico regular es: _____ Me gustaría que el Centro de Salud Escolar comparta los registros médicos con el doctor de mi hijo/a ☐ Yes ☐ No Por favor tenga en cuenta: si su médico regular no trabaja en el Centro de Salud Escolar, el Centro de Salud Escolar proveerá una visita médica anual para actualizar los datos médicos. Esta visita no interferirá con su cobertura de seguro.				

Open Door Family Medical Centers/Ossining UFSD School District
School Based Health Center Consent Form

Student Name:		Address:		Zip Code:	
Date of Birth:		Current School:		Current Grade:	

I provide consent for my child to receive health care services in the Ossining School District's school based health center. Physicians and Nurse Practitioners employed by the Open Door Family Medical Centers staff the school based health center program which is licensed by the New York State Department of Health. Services provided by the school based health center include:

- Screenings for vision, hearing, asthma, obesity, scoliosis, Tuberculosis and other medical conditions, first aid, and required and recommended immunizations by the CDC.
- Comprehensive physical examination including those for school, sports, working papers, and school entrance physicals.
- Medical care and treatment, including diagnosis of acute and chronic illness and disease.
- Mental health screenings and referrals for evaluations.
- Medically prescribed laboratory tests.
- Education and counseling for the prevention of risk-taking behaviors such as: drugs, alcohol, and smoking, as well as education on abstinence and prevention of pregnancy, sexually transmitted infections, and HIV, as age appropriate.
- Annual health questionnaire/survey.
- Referrals for service not provided at the school-based health center.

I understand that confidentiality between the student and the health provider will be ensured in service areas in accordance with the law, and students will be encouraged to involve their parents/guardians in counseling and medical care decisions.

I give permission for necessary medical tests, evaluations, and management of my child's medical care. As mandated by the Education Law Article 19 and the Regulations of the Commissioner, health examinations in the school years for which they are required, as well as those for new entrants and sports physicals, will be shared with the school nurse. Additional health information will be shared with the school nurse only on a need to know basis as determined by the SBHC Medical Director to secure the child's health and welfare. The student's health center record will be maintained as a confidential medical record; it is not a school record. I understand that confidentiality will be observed between school staff and the students using the SBHC.

I authorize Open Door Family Medical Centers to release information regarding treatment to third party payers or other for purposes of billing and for any reason that may be required to comply with statutes or regulations in accordance with accepted medical practices.

I have read the above information and have had the opportunity to have any of my questions answered. I understand that this consent form will remain in effect as long as my child is enrolled in school and lives in the village of Ossining, unless I notify the School Based Health Center in writing. I understand that I may revoke my consent at any time.

By law, parental consent is not required for prenatal care, services related to sexual behavior, mental health care and pregnancy prevention, and the provision of services where the health of the student appears to be endangered. Parental consent is not required for students who are 18 years or older or for students who are parents or legally emancipated.

Signature of Parent or Legal Guardian: (or student if 18 years or older or otherwise permitted by law)		Does your child have health insurance? ☐ Yes ☐ No
	Date:	If yes—name of insurance company:
Parent/Guardian Contact Info:	Home Phone:	Day Phone:
Cell Phone:		
Please choose one: C. I would like the SBHC to be my child's regular doctor (physical exams, sick visits, etc.) ☐ Yes D. I have a regular doctor for my child and would like to use the SBHC for sick visits and other care, as needed ☐ Yes The name of my child's regular doctor is: _____ I would like the SBHC to share medical records with my child's regular doctor ☐ Yes ☐ No Please note: If your child's regular doctor is outside of the SBHC, the SBHC will still provide your child with one annual exam to update the medical record. This will not interfere with your insurance coverage.		