



Place Patient Label Here
Name & Date of Birth

CENTRO DE BIENESTAR EN LA ESCUELA

CONSENTIMIENTO DEL PADRE/ESTUDIANTE PARA LOS SERVICIOS

Como padre o tutor de un **menor** (menor de 18 años), usted puede decidir si es que su hijo recibirá servicios en el centro de bienestar. Los estudiantes de 18 años o más pueden firmar para recibir estos servicios. **(Escribir en letra imprenta)**

Yo, _____, doy mi consentimiento para que _____ reciba
(Nombre del padre/tutor legal del estudiante) (Nombre del estudiante)

servicios de salud en el _____ Wellness Center administrado por Bayhealth Medical Center.
(Nombre de la escuela)

Los servicios del centro de bienestar incluyen lo siguiente, según se necesite o se solicite:

SALUD FÍSICA

- Evaluación, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones menores
- Evaluaciones físicas, incluidos exámenes físicos por deporte, empleo o universidad
- Vacunas conforme a la Division of Public Health (División de Salud Pública)
- Servicios de nutrición y derivaciones

TERAPIA

- Terapia individual, grupal o familiar
- Terapia y derivaciones por abuso de drogas, alcohol u otras sustancias
- Derivación a terapia a largo plazo u otras evaluaciones

EDUCACIÓN

- Programas individuales y familiares enfocados en elecciones de vida saludables

Los siguientes servicios también están disponibles para los estudiantes de 12 años o más que están inscritos en el centro de bienestar en la escuela. De acuerdo con la Ley de Delaware (art. 13, párrafo 710), un menor de 12 años o más puede recibir estos servicios confidenciales sin el consentimiento de un padre. Esta ley se aplica a todas los centros médicos y proveedores. La información sobre servicios confidenciales solo puede compartirse cuando el niño le da su permiso al centro de bienestar para hacerlo o a discreción del proveedor de atención en relación con los intereses del menor.

SERVICIOS CONFIDENCIALES

- Condones, anticonceptivos hormonales (por ejemplo, anticonceptivos orales e inyectables)
- Prueba de embarazo
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual
- Evaluación y terapia de VIH

EL CENTRO DE BIENESTAR NO BRINDA LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

- Tratamiento o evaluación de enfermedades complejas médicas o psiquiátricas
- Tratamiento en curso de enfermedades crónicas
- Pruebas de laboratorio complejas
- Hospitalización
- Radiografías

Complete el otro lado



CENTRO DE BIENESTAR EN LA ESCUELA

Place Patient Label Here
Name & Date of Birth

CONSENTIMIENTO DEL PADRE/ESTUDIANTE PARA LOS SERVICIOS

El centro de bienestar tiene la filosofía de que los padres/tutores deben involucrarse en la atención de sus hijos. Por lo tanto, el centro de bienestar alienta la comunicación y participación entre estudiantes, padre y proveedores médicos. Los centros de bienestar en las escuelas se financian a través de fondos estatales y el reembolso del seguro de aquellos estudiantes que tienen un seguro.

La Division of Public Health (DPH) (División de Salud Pública) continúa siendo la autoridad administrativa de los centros de bienestar en las escuelas. Los miembros designados de bienestar están obligados por ley a divulgar información específica de un paciente a la DPH con el propósito de prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad en Delaware y en Estados Unidos. La información que se presentará incluye: enfermedades de transmisión sexual, datos de laboratorio, muertes, reacciones médicas adversas, abuso o negligencia contra menores y violencia doméstica. Es posible que se envíe información general a la DPH para monitoreos estadísticos, pero esta información no tendrá ninguna identificación durante el análisis, lo que quiere decir que el nombre de su hijo no aparecerá. Es posible que se comparta la información sobre los servicios con su compañía de seguros con el propósito de mejorar la calidad.

**LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGUROS DE SALUD
CENTRO DE BIENESTAR EN BAYHEALTH SCHOOL**

A partir del 14 de abril del 2003, el centro de bienestar debe acatar las reglas de privacidad detalladas en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (“HIPAA”). Por ley estamos obligados a entregarle una copia del Aviso de las prácticas sobre privacidad del centro de bienestar. El aviso describe cómo el centro de bienestar puede utilizar y divulgar información sobre su salud que hemos recopilado. También explica cómo puede tener acceso a esta información.

El centro de bienestar está comprometido a tomar medidas en cumplimiento con la ley aplicable para proteger su privacidad y confidencialidad. Queremos que sepa que es posible que utilicemos su información de salud para su tratamiento, para obtener el pago por los servicios que brindamos y para operaciones del centro de salud. Para obtener más información sobre cómo utilizaremos y divulgaremos su información de salud, lea nuestro Aviso de prácticas sobre privacidad. **Puede comunicarse con el personal del centro de bienestar para obtener la copia más actualizada.**

Mi hijo y yo hemos leído este formulario con cuidado y entiendo que si tengo cualquier inquietud, puedo llamar al coordinador del centro de bienestar para obtener más información antes de firmar la autorización.

Con mi firma, autorizo, como padre o tutor legal del estudiante mencionado, o como un estudiante adulto, que

- Él/ella puede recibir los servicios del centro de bienestar en la escuela (el “centro de bienestar”)
- Esta autorización permanecerá vigente en tanto que mi hijo esté matriculado en esta escuela.
- Este consentimiento puede dejarse sin efecto en cualquier momento, a excepción de que se haya tomado una acción en conformidad con este consentimiento. Cualquier solicitud para dejar sin efecto esta autorización debe escribirse y enviarse al centro de bienestar.
- Si mi hijo tiene un seguro, brindaré esta información al centro de bienestar.
- Comprendo que el centro de bienestar le cobrará a mi compañía de seguros por los servicios cubiertos y es mi responsabilidad estar al tanto de los términos y las limitaciones de mi cobertura de seguro.

Firma del padre/tutor legal

Fecha

hora:

Nombre del padre/tutor legal en imprenta:

Firma del estudiante

Fecha

hora:

Nombre del estudiante en imprenta: