

**CENTRO ESCOLAR DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE NUEVO MÉXICO (UNM)
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PADRE/ALUMNO**

Año lectivo 2020-2021

Apellido del alumno: _____ Nombre: _____ M F Grado: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de identificación del alumno: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Código postal: _____

Escuela: _____ Nombre del padre/tutor: _____

Etnia: ¿Hispano o latino? Sí No

Raza: India americana o nativa de Alaska Blanca/Anglosajona Asiática Negra, Afroamericana
 Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico Desconocida Otra (especificar): _____

Idioma preferido: _____

Es posible que este servicio se le cobre a su seguro. No se le negará atención a ningún alumno que no tenga seguro médico/que no pueda pagarlos.

Detalle la información del seguro del alumno: Seguro médico Medicaid/tipo: _____
 Seguro médico comercial/tipo: _____
 NINGUNO

¿El alumno tiene proveedor de atención primaria? Sí NO

Nombre: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Alergias conocidas Sí NO Si la respuesta es si, explicar: _____

¿Con qué frecuencia el estudiante se hace limpiezas dentales? (Marcar con un círculo la opción que corresponda): cada seis meses, una vez al año, o nunca

Doy permiso para que mi hijo reciba servicios del SBHC; que pueden incluir servicios médicos, servicios de salud conductual, manejo de casos o cuidados dentales. También doy permiso para que el personal del SBHC tenga acceso al programa de clases de mi hijo (solo para fines de programación de citas médicas) y pida y reciba información de parte de la enfermera escolar sobre la historia clínica de mi hijo. Esto incluye el permiso para que el personal del SBHC haga consultas y de información y registros a otros proveedores de cuidados de la salud, proveedores de salud mental y proveedores de salud bucal, incluidos los profesionales de salud de la escuela. También incluye el permiso para fines de evaluación del programa y de aseguramiento de calidad. Puede solicitar una copia de la Notice of Privacy Practices (Notificación de prácticas de privacidad) de la Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos - HIPAA). Me han mandado una copia del documento "Lo que necesita saber acerca de Telesalud (Telehealth)" y entiendo que algunos servicios de Clínicas de Salud Basadas en la Escuela (SBHC, por sus siglas en inglés) podrían ser proporcionados a través de Telesalud.

No doy permiso para que mi hijo reciba servicios del SBHC*
*La legislación de Nuevo México no requiere el consentimiento de los padres para algunos tratamientos y servicios, según las siguientes leyes: § 24-1-13.1 NMSA 1978, § 24-1-9 NMSA 1978, § 24-8-5 NMSA 1978, §24-10-2 NMSA 1978, §32A-6A-14, 15 NMSA 1978, §24-7A-6.2 NMSA 1978

Firma del padre/tutor **Teléfono de contacto durante el día** **Fecha**

Nombre del contacto de emergencia y relación con el alumno **Teléfono de contacto durante el día** **Fecha**

Firma del alumno (mayor de 18 años) **Teléfono de contacto durante el día** **Fecha**

Official use only: Exam Fall/Spring Prophy Fall/Spring
