

Consentimientos al Centro de Salud y Bienestar Estudiantil del Área de Round Lake y a la Clínica de TB

Consentimiento para la prueba y análisis de detección de la TB:

Yo (el padre) consiento a la prueba de detección de la Tuberculosis y los servicios de análisis recomendados para mi hijo(a) _____ (nombre y apellido del estudiante) _____ (fecha de nacimiento) por la Clínica de TB y/o Centro de Salud y Bienestar Estudiantil del Área de Round Lake del Departamento de Salud y Centro Comunitario de Salud del Condado de Lake.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Consentimiento para Cuidado:

Yo, para mí mismo o el paciente, _____ (Nombre y Apellido del Estudiante) _____ (Fecha de Nacimiento), doy mi consentimiento para recibir servicios ofrecidos por el Departamento de Salud y Centro Comunitario de Salud del Condado de Lake en el Centro de Salud y Bienestar Estudiantil del Área de Round Lake. Yo entiendo que médicos, enfermeros(as), y otros proveedores de cuidado de salud que están en entrenamiento puedan, bajo la supervisión de personal apropiado, participar en el tratamiento y yo doy mi consentimiento a tal participación estudiantil en mi cuidado.

Todos los estudiantes menores de 18 años pueden recibir servicios si han obtenido el consentimiento por escrito de sus padres o si, bajo la ley estatal de Illinois, pueden consentir o autorizar el tratamiento por sí mismos. Además, un padre, tutor legal, o estudiante que bajo la ley estatal de Illinois puede consentir su propio tratamiento, tiene derecho a rechazar cualquier servicio de cuidado de salud.

He leído la información aquí mencionada y he tenido la oportunidad de que mis preguntas sean contestadas. Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento a cualquier momento¹. Yo doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba servicios ofrecidos por el Centro de Salud y Bienestar Estudiantil, excepto por los servicios excluidos arriba.

Divulgación de Información:

Yo doy permiso a los programas, incluyendo la Clínica de TB, del Departamento de Salud y Centro de Salud Comunitario del Condado de Lake a intercambiar información médica protegida entre el Centro de Salud y Bienestar y el personal apropiado del Distrito Escolar 116 de Round Lake. Esta autorización se mantendrá en efecto hasta la finalización de curso del estudiante, a menos que sea revocada. Este consentimiento *no* incluye la divulgación de información privilegiada respecto a el tratamiento del uso de drogas o alcohol, información de infecciones transmitidas sexualmente o el estatus de VIH. Se necesitará otro consentimiento de divulgación para esos servicios.



Consentimientos al Centro de Salud y Bienestar Estudiantil del Área de Round Lake y a la Clínica de TB

Autorización para Divulgar Información para Conseguir Pago:

Se mandará factura por los servicios a Medicaid, Medicare u otra entidad pagadora. Cobramos una tarifa habitual para los servicios prestados. Usted es responsable de pagar no obstante la decisión de una compañía de seguros sobre lo que se suele pagar. Sea consciente de que es posible que parte de los servicios prestados o todos ellos no tengan cobertura y no se consideraran razonable y necesarios bajo el programa de Medicare y/u otro seguro médico. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No le negaremos servicios a nadie si no puede pagar.

Autorizo al Departamento de Salud y Centro Comunitario de Salud del Condado de Lake a que divulguen y/o envíen cualquier información médica necesaria para procesar y pagar mis facturas medicas a cualquier compañía de seguros o entidad pagadora quien será responsable de pagar cualquier porción de mi tratamiento médico. Esto incluye darle a conocer a mi empleador sobre heridas relacionadas con el trabajo y detalladas en una reclamación de indemnización por accidentes laborales. Haremos cada esfuerzo para asegurar la confidencialidad en todas las transacciones.

Yo, el abajo afirmante, también doy mi consentimiento al Departamento de Salud y al Centro Comunitario de Salud del Condado de Lake a que divulguen toda la información necesaria, incluyendo mi nombre, fecha de nacimiento y número de Seguro Social (SSN, por las siglas en ingles), los ingresos de la familia y el número de dependientes al Departamento de Servicios Humanos de Illinois (IDHS) y el Departamento de Cuidado Sanitario y Servicios de Familia de Illinois con el fin de establecer si cumpla con los requisitos necesarios para financiar mi tratamiento. Comprendo que divulgar el número de mi Seguro Social es voluntario. El hecho de no proveer mi número de Seguro Social puede poner en peligro la financiación de mi tratamiento por agencias estatales, y puede que sea yo responsable de pagar el tratamiento. Si, como parte del tratamiento, me tienen que hacer análisis de toxicología, comprendo que se puede usar mi SSN para informar al IDHS de los resultados.

Recibo de la Notificación Sobre las Practicas de Privacidad:

Mi firma en este formulario es reconocimiento de que me han entregado la Notificación sobre las Practicas de Privacidad del Centro de Salud y Bienestar Estudiantil del Área de Round Lake del Departamento de Salud y Centro Comunitario de Salud del Condado de Lake. Entiendo que este documento provee una explicación de maneras en cuales mi información médica puede ser utilizada o divulgada por el Centro de Salud y Bienestar Estudiantil del Área de Round Lake y el programa de TB del Centro de Salud y Centro Comunitario del Condado de Lake y mis derechos con respecto a mi información médica. Me han proveído con la oportunidad de discutir cualquier preocupación que pueda tener sobre la privacidad de mi información médica.

He leído la información aquí mencionada y he tenido la oportunidad de que mis preguntas sean contestadas. Yo doy consentimiento y permiso a lo indicado arriba.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____



Consentimientos al Centro de Salud y Bienestar Estudiantil del Área de Round
Lake y a la Clínica de TB

Información del Paciente	
Nombre Completo:	Sexo: M__ F__
Fecha de Nacimiento:	Grado: Salón:
Idioma Principal: __ Ingles __ Español __ Otro (Especifique _____)	
Estatus Militar: __ Veterano __ No-Veterano	
Etnicidad: __ Hispano o Latino __ No Hispano o Latino __ Prefiero No Contestar	
Raza: ¿Que categoría mejor describe su raza? <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano (incluyendo Negro/Afroamericano de descendencia Latina/Hispana) <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska (incluyendo Indio Americano/Nativo de Alaska de descendencia Latina/Hispana) <input type="checkbox"/> Anglosajón (Incluyendo Anglosajón de descendencia Latina/Hispana) <input type="checkbox"/> Mas de una raza <input type="checkbox"/> No reportado <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	
Estatus de Vivienda: __ Dueño de Casa/Renta __ Albergue para Desamparados <input type="checkbox"/> Vive con Otras personas (amigos o familiares) __ Prefiero no Contestar __ Otro	
Dirección (incluyendo ciudad y estado):	Numero de Apt:
INFORMACION DE CONTACTO DEL PADRE/TUTOR LEGAL	
Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Relación: __ Padre __ Tutor Legal (no padre) __ Abuelo/a <input type="checkbox"/> Otro (Especifique _____)	
Dirección (incluyendo ciudad y estado):	Numero de Apt:
Correo Electrónico:	
Número de teléfono principal: _____	Número de teléfono secundario: _____
¿Está bien enviar mensajes de texto? __ Si __ No	¿Está bien enviar mensajes de texto? __ Si __ No



Consentimientos al Centro de Salud y Bienestar Estudiantil del Área de Round
Lake y a la Clínica de TB

INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA	
Igual que arriba <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si no, complete lo siguiente:
Nombre:	
Relación: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Otro (_____)	
Numero de teléfono principal: _____	Número de teléfono secundario: _____
¿Está bien enviar mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Está bien enviar mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Información de Seguro Medico/Proveedor	
Tipo de Seguro Médico: <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> All-Kids <input type="checkbox"/> Ninguno	
Numero de Caso All-Kids:	Numero de Recipiente All-Kids:
Seguro Privado – Nombre de la Compañía:	
Póliza o número de Identificación:	Numero de Grupo:
Nombre del Asegurado Principal:	
Fecha de Nacimiento del Asegurado Principal:	Tamaño de la Familia:
¿Su hijo(a) tiene un proveedor primario de cuidados de salud? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿En caso de si, cual es el nombre del proveedor?	

