

Cuidado de la salud en la escuela

(281) 628 2050

Nombre de la escuela: _____

Grado: _____

 Estudiante actual: Hermano del estudiante actual:

 Hijo/a de miembro del personal:

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	Nombre del estudiante: <i>Nombre:</i> _____ <i>Apellido:</i> _____		Fecha de nacimiento:		
	Calle:		Número de apartamento:		
	Ciudad:		Código postal:		
	Género: Masculino: <input type="checkbox"/> Femenino: <input type="checkbox"/>		¿El estudiante carece de vivienda? Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		
	Raza: Blanco: <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano: <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska: <input type="checkbox"/> Asiático: <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico: <input type="checkbox"/> Otra: <input type="checkbox"/> No deseo responder: <input type="checkbox"/>				
	Origen étnico: Hispano: <input type="checkbox"/> No hispano: <input type="checkbox"/>				
	¿Actualmente el estudiante es paciente de <i>Legacy Community Health (Legacy)</i> ? Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>				
INFORMACIÓN DE LOS PADRES	1. Nombre del padre/tutor:	Fecha de nacimiento:	Teléfono:	Teléfono alternativo:	Relación con el estudiante:
	2. Nombre de la madre/tutor:	Fecha de nacimiento:	Teléfono:	Teléfono alternativo:	Relación con el estudiante:
	Nombre del contacto para casos de emergencia:		Teléfono:	Teléfono alternativo:	Relación con el estudiante:
	Correo electrónico del padre o madre/tutor:				
SEGURO	¿El estudiante tiene seguro médico? Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		Tipo de seguro: Medicaid: <input type="checkbox"/> CHIP: <input type="checkbox"/> Privado: <input type="checkbox"/>		
	Si el estudiante no está asegurado, puede comunicarse con el personal de Legacy para contactar al Departamento de elegibilidad de Legacy para recibir asistencia para inscribirse al seguro y/o determinar si califica para el programa de tarifas escalonadas.		Nombre del plan de seguro médico:		Dirección del apartado postal:
		Número de identificación del seguro médico:			

Greater Houston Health Connect (un intercambio de información de salud ("HIE", por sus siglas en inglés)): Entiendo que Legacy, junto con otros proveedores participantes, participa en este HIE, que permite que Legacy acceda a la información médica electrónica disponible relacionada con mi persona. Con mi firma, acepto optar por que mi información de salud pueda ser compartida con los proveedores participantes de HIE. Esta autorización permanecerá vigente a menos que y hasta que la revoque, y mi revocación será efectiva dentro de los tres (3) días. Si no deseo que mi información sea compartida por el HIE, lo indico aquí _____, Indico que estoy optando por no participar. Información adicional sobre el HIE está disponible en su sitio web en: www.ghhconnect.org.

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

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

-Yo soy el padre que tiene la patria potestad sobre o el tutor legal del menor mencionado arriba. Entiendo que no estoy obligado a asistir a la cita **médica** de mi hijo/a, pero puedo hacerlo si así lo decido. Yo autorizo a las enfermeras practicantes y/o a los médicos de Legacy para que traten a mi hijo/a en mi ausencia y de ser necesario, un adulto autorizado puede acompañar a mi hijo/a para que reciba atención médica. El adulto autorizado puede ser un asistente médico, una enfermera de la escuela, el director de la escuela, un empleado administrativo de la escuela o un adulto nombrado por cualquiera de ellos.

-Entiendo que debo estar presente en la cita inicial del **tratamiento** y en todas las citas de **psiquiatría**.

-Autorizo y doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba servicios de Legacy y de sus proveedores afiliados. Los servicios pueden incluir, pero no se limitan a:

- Cualquier servicio de salud que se solicite a Legacy por mandato de la escuela.
- Examen físico completo (examen médico completo) incluyendo aquellos que sean para la escuela, para deportes, para documentos de trabajo y de nuevo ingreso a la escuela.
- Pruebas de laboratorio prescritas por médicos.
- Atención médica y tratamiento, incluyendo el diagnóstico de enfermedades graves y crónicas y suministro y prescripción de medicamentos.
- Servicios de salud mental, incluyendo consejería, terapia, evaluación, diagnóstico, tratamiento y referencias.
- Educación y asesoría en materia de salud para prevenir comportamientos de riesgo tales como: consumo de drogas, alcohol y tabaco, así como educación sobre prevención de embarazos y de infecciones de transmisión sexual y del VIH, de acuerdo con la edad.
- Un menor en Texas (definido en el Código Familiar de Texas como menor de 18 años de edad) puede dar su consentimiento para el tratamiento de enfermedades infecciosas, contagiosas o transmisibles de declaración obligatoria (por ejemplo solamente y sin estar limitadas a: VIH/SIDA, otras enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis y hepatitis); para el tratamiento de un embarazo (excepto aborto) y, si el menor es un paciente que paga por sí mismo o un paciente de Medicaid, para la prescripción de anticonceptivos/medios de control de la natalidad.
- Entiendo que Legacy está obligado por la ley estatal a reportar información al Departamento de Salud y Servicios Humanos de la ciudad de Houston cuando las personas tengan un resultado positivo para determinadas enfermedades (conocidas como "enfermedades de declaración obligatoria") incluyendo, pero no se limitan a, tuberculosis, VIH/SIDA y sífilis.



Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

DECLARACIONES, COMUNICADOS Y AUTORIZACIONES

-Después de la mayoría de las consultas se me entrega un resumen clínico. Este resumen puede ser una carta colocada en la mochila de mi hijo/a o puede ser entregado por correo y/o a mediante una llamada telefónica. Entiendo que cierta información limitada, tales como historial de vacunación, puede ser entregada por Legacy a la escuela y/o al (a los) departamento(s) de salud local(es) o estatal(es).

-Autorizo e instruyo a Legacy a facturar en mi nombre o en el de mi hijo/a y a cobrar el pago de cualquier seguro o de un tercer pagador que cubra los servicios prestados a mi hijo/a. Entiendo que puedo recibir una factura por montos de coaseguro o copago aplicables. Si los proveedores de Legacy aconsejan tratamiento adicional, se me proporcionará la referencia en el domicilio y/o al número telefónico anotado en esta solicitud.

-Las recetas, recetas electrónicas, son recetas generadas por computadora creadas por su proveedor y enviadas directamente a su farmacia. Legacy participa en el esquema de receta electrónica porque nos preocupamos por su salud y bienestar y la receta electrónica tiene múltiples beneficios. Al dar su consentimiento, Legacy también puede acceder a un historial de mis recetas actuales y pasadas.

-Estoy de acuerdo con los términos y la información anteriores. Otorgo este consentimiento por mi propia voluntad. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y me han sido respondidas en un idioma que entiendo. Además, estoy de acuerdo en acatar los términos de esta autorización. Entiendo que este documento sigue en vigor hasta que revoque mi consentimiento por escrito. También entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento.

-Reconozco que recibo información sobre el aviso de las prácticas de privacidad de Legacy y entiendo que el mismo está disponible en línea en www.legacycommunityhealth.org.



Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____