

**CENTROS DE SALUD ESCOLAR DE JEFFERSON PARISH**  
**Actualización anual de inscripción/consentimiento**

¡Les damos la bienvenida de nuevo a la escuela! Complete y devuelva este formulario para actualizar los registros médicos de su hijo/a y renovar su permiso para que reciba servicios en el Centro de Salud Escolar. **Debe completar con tinta azul o negra.**

Nombre del alumno/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono del estudiante: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor/tutora: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: (c) \_\_\_\_\_ (t) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor/tutora: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: (c) \_\_\_\_\_ (t) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

Clínica médica/médico/proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_

¿Se han producido cambios en la **cobertura del seguro** de su hijo/a desde el año pasado? SÍ  NO

En caso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_

*ADJUNTE UNA COPIA DE LA TARJETA DEL SEGURO (FRENTE Y REVERSO)*

¿Su hijo/a está tomando algún **medicamento** todos los días? SÍ  NO

En caso afirmativo, nombre del medicamento y dosis: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a tiene alguna **alergia** conocida? SÍ  NO

Enumerar: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a ha sido tratado por un médico/a en una **sala de urgencias** o en su consultorio por una enfermedad o lesión grave durante el receso de verano? SÍ  NO

Indique los cambios en los antecedentes médicos familiares del último año. \_\_\_\_\_

Nosotros (estudiante y padre/madre o tutor/a) hemos leído y comprendido los servicios que se brindan en el centro de salud escolar. Este estudiante puede continuar recibiendo los servicios provistos por los Centros de Salud Escolar (SBHC) de Jefferson Parish. El formulario original de inscripción y consentimiento no se ve afectado y continuará siendo vigente de conformidad con estos términos.

Comprendemos que el SBHC puede participar en uno o más intercambios de información de salud (HIE, en inglés), por lo que el centro puede compartir información de salud con otros proveedores de atención sanitaria para el tratamiento, pago o a los fines de las operaciones de atención sanitaria. Por el presente expresamos consentimiento para la divulgación de los registros del SBHC en los HIE.

Hay una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de los Centros de Salud Escolar de Jefferson Parish en el SBHC cuando se requiera.

Comprendemos que el programa de Salud Escolar para Adolescentes de la Oficina de Salud Pública (OPH en inglés) proporciona supervisión al SBHC y, como parte de dicho programa, el SBHC tiene la obligación de proporcionar información a la OPH. Por lo tanto, prestamos consentimiento para la divulgación de la información del SBHC a la OPH, o a su agente, en relación con el funcionamiento, la financiación y el control continuo de los centros de salud escolar. Reconocemos que la información que necesita la OPH puede compilarse a través de los HIE y expresamos consentimiento para la divulgación de información en un HIE para tal fin.

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del padre/madre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor/tutora legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Este consentimiento puede retirarse o modificarse en cualquier momento mediante una solicitud escrita de padre/madre o tutor/a y de la/el estudiante al organismo antes mencionado. Se entregará a padre, madre o tutor/a una copia duplicada de este documento ante su solicitud.