

**FORMULARIO DE  
CONSENTIMIENTO DE LA  
CLÍNICA DE SALUD EN EL  
LUGAR BASADO EN LA  
ESCUELA**



\_\_\_\_\_ se asocia con QUICKmed Urgent Care para ofrecer servicios de salud suplementarios basados en la escuela. Este formulario reemplaza muchos de los diferentes formularios de permiso necesarios para proporcionar estos servicios a su hijo. Los servicios de enfermería y de emergencia de la escuela seguirán brindándose como siempre, ya sea que elija o no participar en estos servicios adicionales. Es posible que algunos servicios complementarios no estén disponibles en todos los edificios escolares. (Consulte con la enfermera de su escuela si tiene preguntas sobre la capacidad de servicio).

*Estos servicios de salud brindan atención médica de calidad en un ambiente escolar amigable y familiar en un horario que funciona para el estudiante y la familia. No estamos tratando de reemplazar su fuente habitual de atención médica.*

**Información del alumno** (imprima toda la información con tinta)

Nombre del paciente/estudiante (nombre, segundo nombre, último)      Nombre preferido del estudiante

Dirección      Ciudad      Código Postal      del Estado

(Código de área) Número de teléfono      Estudiante Fecha de nacimiento (mes-día año)      Nombre de la escuela primaria      Nombre de escuela

**Sexo:**  Hombre  Mujer  Prefieren autodescribirse: \_\_\_\_\_ **Etnia:** Hispanic o Latino (marque uno)  Sí  No  
**Raza:** Marque **todo lo que se aplica** a su hijo:  negro o afroamericano  blanco  asiático  Nativo de Hawái o Pacífico  
 Nativo de Alaska  Otros: \_\_\_\_\_

**Idioma principal** del estudiante:  inglés  español  ruso turco  kinyarwanda  francés  árabe  
 otros: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para el tratamiento de servicios de salud**

Consentimiento para permitir que los proveedores que participan en los Servicios de salud suplementarios basados en la escuela realicen los siguientes servicios: (Marque cada servicio que desea tener disponible para su hijo).

1	Atención y tratamiento de lesiones: Exámenes físicos (niño sano o deportes) influenza (gripe) inmunización	X	7	Cribado dental y selladores para 2º a 6º grado (también incluye un control de sellador el próximo año escolar y una nueva aplicación si es necesario)
2	Inmunización meningocócica (requerida para los grados 7 y 12)	X	8	Examen dental, empastes dentales
3	Inmunización Tdap (requerida para el grado 7 <sup>1</sup> )	X	9	Consejería de salud mental y conductual
4	Otras vacunas (apropiadas para la edad, siguiendo el calendario de vacunación de la Academia Americana de Pediatria <input type="checkbox"/> DtaP/Td <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> VPH <input type="checkbox"/> Neumocócica conjugada <input type="checkbox"/> Hib	X	10	Examen de la vista, que incluye dilatación (se usan gotas para agrandar la pupila), terapia visual, colocación y dispensación de anteojos y extracción de córnea extraña (extracción algo de la capa externa transparente y protectora del ojo)
5	Visitas de bienestar y visitas por enfermedad	X	11	Audiología/Examen y evaluación de la audición
6	Pruebas de transmisión sexual (STI/STD), Educación y tratamiento			

Al firmar este Consentimiento para el Tratamiento de Servicios de Salud, acepto los términos y condiciones con respecto a la Autorización para Liberar la información y la Asignación de Beneficios de Seguro como se explica en este Formulario de consentimiento. También reconozco que he recibido información sobre cómo recibir el Aviso de prácticas de privacidad como se explica en este consentimiento. También he recibido y entiendo los servicios disponibles como se describe en la información de Servicios de Salud Suplementarios Basados en la Escuela para Padres y Estudiantes folleto que está disponible en el Sitio web del distrito escolar.

Entiendo que se me notificará de cualquier servicio que reciba mi hijo, así como de cualquier hallazgo anormal y/o recomendaciones de tratamiento adicionales. También entiendo que debo comunicarme con la enfermera de la escuela si tengo preguntas sobre cualquier atención o instrucciones de seguimiento necesarias. Para los servicios prestados por los Centros de Salud, entiendo que debo llamar al número de teléfono que figura en el Resumen de visitas de AGer que me enviaron a casa con mi hijo. Entiendo que este consentimiento seguirá siendo válido mientras el niño siga siendo un estudiante dentro del distrito escolar anterior a menos que yo lo revoque. I puede revocar este consentimiento para el tratamiento en cualquier momento solicitando por escrito que los Servicios de Salud Suplementarios Basados en la Escuela retiren a mi hijo de los servicios. He recibido este folleto, Información sobre Servicios de salud suplementarios basados en la escuela para padres y estudiantes, que incluye las agencias que brindan servicios, y entiendo la Servicios disponibles. Es mi responsabilidad notificar a la enfermera de la escuela de todas las actualizaciones o cambios en la(s) condición(es) de salud, registros de vacunación, medicamentos o seguro de mi hijo. cobertura.

# Prácticas de privacidad y autorización para divulgar información



**Aviso de Reconocimiento de Prácticas de Privacidad:** Se me ha notificado que Puedo solicitar una copia de los formularios de Aviso de prácticas de privacidad para QUICKmed Urgent Care.

**Autorización para divulgar información:** Por la presente autorizo a QUICKmed y al distrito escolar mencionado en la página 1 a intercambiar información con aseguradoras, compañías de compensación, centros de atención médica, agencias de bienestar, proveedores de atención médica, el Enfermera(s) escolar(es), consejero escolar y/o trabajador social escolar, con el propósito exclusivo de asistencia financiera, continuidad de la atención médica o coordinación de la atención. Las vacunas administradas se ingresarán en el sistema estatal de información de inmunización (Ohio ImpactSIIS). La divulgación de información sobre el abuso de alcohol y drogas está protegida por las Reglas Federales de Confidencialidad (42 CFR Parte 2) sin el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido de otra manera. Las reglas federales también restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas (52 FR 21809, 9 de junio de 1987; 52 FR 41997, 2 de noviembre de 1987).

**No se divulgará información sobre el SIDA, las pruebas del VIH o el diagnóstico del VIH / SIDA.** Los Servicios de Salud Suplementarios Basados en la Escuela pueden usar los registros de salud de los estudiantes para evaluar la calidad de la atención brindada y la efectividad de ofrecer estos servicios. Los registros de mi hijo están protegidos y solo pueden acceder a ellos los usuarios autorizados con acceso restringido. Entiendo que esta autorización seguirá siendo válida mientras el niño siga siendo un estudiante dentro del distrito escolar a menos que yo la revoque. Puedo retirar esta autorización en cualquier momento proporcionando un aviso por escrito para retirar a mi hijo de estos Servicios de salud suplementarios basados en la escuela.

**Información del seguro:** El seguro u otros programas de cobertura de atención médica se facturan siempre que sea posible para ayudar a cubrir el costo de la atención. Algunos servicios de salud suplementarios basados en la escuela se proporcionan sin costo para las familias, ya sea que el estudiante tenga o no seguro o la capacidad de pagar. Le doy a QUICKmed Urgent Care el derecho de presentar reclamos de reembolso bajo cualquier póliza de seguro de salud privada, Medicare, Medicaid o cualquier otro programa que identifique para que un beneficio puede pagar por los servicios prestados a mi hijo a través de los Servicios de Salud Suplementarios Basados en la Escuela.

Este consentimiento es válido hasta que el niño alcance la mayoría de edad, o ya no sea un estudiante en un distrito escolar. Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento por el tutor autorizado para actuar en nombre del paciente, excepto en la medida en que todas las organizaciones ya hayan tomado medidas en dependencia de este consentimiento.

Entiendo que la organización de atención médica no discutirá mi atención médica o información de facturación con nadie que no figure en este consentimiento. A continuación, enumere a las personas a las que podemos divulgar información.

- |                     |                   |              |            |
|---------------------|-------------------|--------------|------------|
| Nombre Relación con | Nombre Estudiante | Relación con | Estudiante |
| 1. _____            | 2. _____          |              |            |
| 3. _____            | 4. _____          |              |            |

**Relación del padre/tutor con el estudiante (si el estudiante/paciente es menor de 18 años):**  madre  padre  tutor legal

x	x	x	
<i>Nombre impreso del padre/tutor</i>	<i>Firma del padre/tutor</i>	Fecha	
	x	x	x
<b>O Si el estudiante/paciente tiene 18 años o más</b>	<b>Estudiante/ Firma</b>	Fecha	<b>Teléfono del estudiante</b>

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE** \_\_\_\_\_ **DOB** \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES:  
(Complete todas las secciones)**

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE:						
Apellido	Nombre	ME	Apodo	Seguridad social #	Nacimiento	Sexo
Dirección de facturación: del paciente o responsable apto #				Ciudad	Estado	Cremallera
<input type="checkbox"/> Teléfono residencial (       )		<input type="checkbox"/> Teléfono alternativo (       )		<input type="checkbox"/> Amigo de la familia (       )		
Dirección de correo electrónico:						
RESPONSABLE (Requerido para pacientes menores de 18 años o cuando el garante no sea el paciente)						
Apellido	Nombre	ME	Seguro Social #	Nacimiento	Relación	

**SEGURO DE ENFERMEDAD**

Por favor comprobar cuál seguro portador Cubre usted niño o firmar abajo si tú No pensar usted niño tiene seguro. La mayoría de la escuela Basado Supplemental Salud Servicios son con tal que en no costar Para Familias si o no s estudiante seguro o la capacidad de pagar.

Aviones de atención Administrado de Medicaid (marca Uno a continuación):

-   CareSource
-   Molina Atención
- 
- Ohio Medicaid # \_\_\_\_\_

**Seguro privado (que no sea Medicaid)**

Nombre del titular de la \_\_\_\_\_

póliza de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Relación con la fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

del estudiante Fecha de \_\_\_\_\_

vigencia Copago \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

Póliza # \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario**

Nombre del titular \_\_\_\_\_

de la póliza de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Relación con el \_\_\_\_\_

estudiante Fecha de nacimiento Fecha de \_\_\_\_\_

vigencia \_\_\_\_\_

Copago \$ \_\_\_\_\_

Póliza # \_\_\_\_\_

Historial de pacientes nuevos NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

Proveedor de atención primaria:	Ubicación del proveedor:
Otro proveedor:	Ubicación de otro proveedor
Visto por otros proveedores para:	
Dentista:	Ubicación del dentista:
Farmacia preferida:	Ubicación de la farmacia:

¿Su hijo tiene alguna alergia?  Sí  No (Por favor, verifique y explique)

Alergias	Describir la reacción
Todas las cirugías desde el nacimiento	

**Antecedentes familiares:**

¿Alguien en casa fuma o vapea?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Dentro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Al aire libre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--------------------------------	---	----------	---	-----------------	---

~~Fecha del último examen físico o niño sano del niño~~

**Mi hijo no ha tenido un examen físico o de niño sano en los últimos 12 meses**

Por favor, enumere a continuación todos los problemas médicos que cada miembro de la familia ha tenido.

Madre	Problemas médicos:	
Padre	Problemas médicos:	
Abuela	Lado mamá <i>f</i> Lado papá (círculo uno)	Problemas médicos:
Abuelo	Lado mamá <i>f</i> Lado papá (círculo uno)	Problemas médicos:
Hermano	Problemas médicos:	
Hermana	Problemas médicos:	

**Problemas médicos y problemas de salud** (marque "Sí" o "No" para cada elemento y explique a continuación si es necesario).

Enfermedad de la varicela (edad: )	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Historia del síndrome de Guillain-Barré	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Mareos <i>f</i> desmayos <i>f</i> desmayos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones (epilepsia)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problema psicológico o anímico*	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de la última incautación:	
Problemas de desarrollo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problema cerebral o del sistema nervioso*	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cirugía o ingreso en el hospital En el último año	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problema cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de células falciformes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problema pulmonar o respiratorio*	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problema del sistema inmunitario*	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trastorno de coagulación*	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problema gastrointestinal o estomacal*	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trastorno sanguíneo*	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nefropatía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes tipo 1	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problema urinario o de vejiga*	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes tipo 2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Embarazadas (solo niñas)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trastorno endocrino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otros problemas <i>f</i> preocupaciones*	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*Por favor, explique cualquier artículo destacado anterior			

Persona que completa el formulario (impreso): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

**Seguro de enfermedad:**

Soy consciente de que es mi responsabilidad como paciente dar una copia de la información de mi seguro a QUICKmed Urgent Care, LLC

**Pago por cuenta propia (sin seguro o con seguro insuficiente):**

QUICKmed trabajará con las personas sin seguro para obtener acceso a la atención.

**Copago/tarifa nominal:**

Soy consciente de que mi cuota nominal de copago es mi responsabilidad. Puedo pagar en efectivo, cheque o tarjeta de crédito.

**Declaraciones:**

Soy consciente de que solo recibiré dos (2) declaraciones y una (1) declaración vencida (un total de 3 declaraciones)

**Autorización financiera y relevanciade información**

Autorizo el pago directamente a QUICKmed Urgent Care y a los médicos o sus designados de los beneficios aquí especificados y pagaderos a mí, pero sin exceder el Cargos.

SOLO PACIENTES DE MEDICARE: CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR MÍ AL SOLICITAR EL PAGO SEGÚN EL TÍTULO XVIII DE LA LEY DE SEGURIDAD SOCIAL ES CORRECTO. Autorizo a cualquier titular, incluidos los médicos y o sus designados, de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social y o el programa de Medicare cualquier información necesaria para este reclamo de Medicare o uno relacionado. SI POR ALGUNA RAZÓN MEDICARE (O MI COMPAÑÍA DE SEGUROS) NIEGA EL PAGO, AUTORIZO A CHCGD y FRHC A ACTUAR EN MI NOMBRE PARA APELAR EL PAGO.

**Mi firma, o la de mi representante autorizado, indica que he leído, entiendo y acepto las condiciones anteriores y este consentimiento para la atención en QUICKmed UC reemplaza cualquier otro consentimiento financiero que puede haber sido firmado.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o Representante legal o agente

\_\_\_\_\_  
fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con la fecha del estudiante