

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO E INSCRIPCION



ESCUELA: _____ FECHA: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ GRADO: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo del Estudiante: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

LENGUA PREFERIDA: _____ Inglés _____ Español _____ francés _____ Otro

RACE: ____ Blanco ____ Negro ____ Asiático ____ Indio Americano ____ Isleño del Pacífico ____ Mas de una raza

ETHNICITY: ____ Hispano o Latino _____ No-Hispano o Latino

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Padre/ Guardián 1 : _____ Relación _____ Teléfono: _____

Padre/ Guardián 2 : _____ Relación _____ Teléfono: _____

Correo electrónico para registrarse para el acceso al portal de padres: _____

SEGURO: ☐ Medicaid ☐ Seguro Comercial ☐ Sin Seguro

Seguro/ Póliza ID de Medicaid # _____

Aetna * Healthy Blue LA * Louisiana Healthcare Connections * United Healthcare * Humana * AmeriHealth Caritas

Seguro/ # Grupo de Medicaid _____ Teléfono: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN# _____

Adjunte una copia del anverso y reverso de su tarjeta de seguro a esta solicitud de servicios en la escuela. Los servicios se brindan a los estudiantes sin costo para los padres. Se facturará al seguro/Medicaid.

Farmacia para enviar medicamentos: _____ Teléfono: _____

¿Le gustaría enviar sus recetas a través de la farmacia Access Health Louisiana, que ofrece entrega a domicilio GRATIS?

Sí _____ No _____

Proveedor de atención primaria del estudiante: _____ Teléfono: _____

Terapeuta o psiquiatra del estudiante: _____ Teléfono: _____

Proveedor dental del estudiante: _____ Teléfono: _____

¿Acepta que se le aplique barniz de fluoruro a los dientes de su hijo durante las visitas de control anuales para prevenir las caries? ____ Sí ____ No * Puede encontrar información sobre nuestro programa de salud oral en accesshealthla.org

¿Tiene acceso a un teléfono inteligente, tableta o computadora? ____ Sí ____ No

¿Tienes acceso a WIFI en casa? ____ Sí ____ No

Tenga en cuenta: Todos los avisos de privacidad del paciente, incluidos los derechos y responsabilidades del paciente y los medicamentos recetados o de venta libre aprobados que se usan en nuestro SBHC, se publican en la página de servicios del centro de salud escolar en línea en accesshealthla.org

Nombre del padre/madre/tutor: _____ Firma _____ Fecha: _____

HISTORIAL MEDICO

HISTORIAL DEL PACIENTE

(Favor de Marcar Cualquier Articulo Que Aplique Al Historial Medico de su Hijo)

☒ UE SI		☒ UE SI		☒ UE SI	
	DHDA/ADHC		DEPRESIÓN		PROBLEMA AUDITIVO
	ALERGIAS		DIABETES O PRE-DIABETES		PROBLEMA DE VISIÓN
	ANEMIA		INFECCIONES DEL OIDO		PARTO PREMATURO
	ASMA		SOPLO DEL CORAZÓN		INCAUTACIÓN
	DEFECTOS DE NACIMIENTO		PRESION ARTERIAL ELEVADA		VIRUELA DEL POLLO
	TRANSTORSNOS DE SANGRAMIENTO		PROBLEMAS RENALES		ASMA
	VARICELA O (FECHA DE LA VACUNA)		LESIONES MAYORES		OTRO:
			OTRO:		

HISTORIAL FAMILIAR

(Favor Marque Cualquier Articulo Que Aplique Al Historial Médico de su Familia)

☒ UE SI		¿QUE FAMILIAR?	☒ UE SI		¿QUE FAMILIAR?
	ALCOHOLISMO/DROGAS			TRASTORNO GENÉTICO	
	ALERGIAS (insectos, alimentos, medicamentos, etc.)			ATAQUE DE CORAZÓN ANTES DE LA EDED DE 55 AÑOS	
	ASMA			ATAQUE DEL CORAZÓN	
	TRANSTORSNOS DE SANGRAMIENTO			PRESION ARTERIAL ELEVADA	
	CANCER			PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	
	DEPRESION/SUICIDA			CONVULSIONES	
	DIABETES O PRE-DIABETES			TUBERCULOSIS	

CIRUGIAS Y HOSPITALIZACIONED	☒ UE SI	AÑO/HOSPITAL/TIPO DE CIRUGÍA
¿Alguna Vez Han Hospitalizado a Su Hijo Por Razones De Salud o Problemas Mentales?		
¿Ha Tenido Su Hijo Alguna Cirugía?		

SALUD DEL COMPORTAMIENTO	☒ UE SI	EN CASO AFIRMATIVO, EXPLIQUE
¿Su Hijo Toma Algún Medicamento Para DHDA, Depresión, u Otro Problema De Salud Mental?		
¿Tiene Algún Problema De Comportamiento o Preocupaciones?		
¿Tiene Alguna Necesidad Especial Por El Momento?		

ALLERGIES + MEDICATIONS

ALERGIAS DEL ☐ NO TENGO ALERGIAS A ALIMENTOS O ENUMERE LAS ALERGIAS A

ALERGIAS (Lista de medicinas o alimentos)	REACCIÓN

MEDICAMENTOS DE ESTUDIANTE ☐ NO TENGO ALERGIAS A ALIMENTOS O ENUMERE LAS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA

Declaración de política y procedimientos: El SBHC requerirá un formulario de consentimiento/inscripción completo para inscribir a un estudiante para los servicios del SBHC. Este formulario completo de consentimiento e inscripción será válido para el estudiante siempre que asista a la escuela dentro del mismo distrito escolar. El SBHC puede pedirle al padre/tutor legal que complete un formulario de actualización anual. Todos los niños menores, antes de recibir servicios, deben tener un formulario de consentimiento de los padres actualizado en el archivo, con las siguientes excepciones: Pacientes con una emergencia que amenaza la vida o una extremidad o una emergencia de salud mental (se intentará contactar a los padres/tutores de inmediato), pacientes que solicitan diagnóstico y tratamiento para enfermedades de transmisión sexual, asesoramiento y pruebas de VIH, pacientes que solicitan servicios de abuso de sustancias, pacientes legalmente emancipados, incluidas las personas mayores de 18 años, casadas, en servicio activo en las Fuerzas Armadas, por orden judicial, o en presencia de un oficial de la ley, en cuyo caso los padres no pueden ser localizados de inmediato. En todos los casos anteriores, el estudiante puede ser visto una vez y para el seguimiento de las condiciones anteriores sin consentimiento. Antes de proporcionar cualquier otro tipo de atención, se requiere un formulario de consentimiento firmado. Si un paciente solicita tratamiento por una afección médica aguda y no tiene un consentimiento firmado en el archivo, se puede proporcionar tratamiento para esa enfermedad en una visita cuando se contacta al padre o tutor por teléfono y se da el consentimiento verbal, en presencia de dos miembros del personal de SBHC. personas por el altavoz. El consentimiento verbal debe quedar documentado en la historia clínica. Si no se puede contactar al padre o tutor, no se puede proporcionar el tratamiento. El estudiante debe ser derivado a su médico de familia o a la sala de emergencias. Todos los formularios de consentimiento de los padres siguen siendo parte del expediente médico permanente. Los formularios de consentimiento con firmas cuestionables pueden ser rechazados a discreción del personal de SBHC. Un padre o tutor se define como un padre natural o adoptivo, en caso de divorcio, el padre con custodia legal o un padre sin custodia si el otro no está disponible. Si no hay una orden judicial, cualquiera de los padres puede dar su consentimiento. Los padres de crianza pueden dar su consentimiento para sus dependientes, pero deben presentar un documento firmado por los padres naturales o por el tribunal. Los padrastros, abuelos y otros parientes no pueden dar su consentimiento a menos que puedan presentar un documento que demuestre que tienen la custodia legal. Al firmar este consentimiento, acepta que SBHC proporcione atención médica primaria, integral y preventiva, exámenes físicos, inmunizaciones, exámenes de salud, pruebas de laboratorio/diagnósticas, pruebas y seguimiento de ITS, atención aguda, manejo de enfermedades crónicas, servicios de salud, educación y prevención en salud, manejo de casos, referencia y seguimiento de emergencias, referencia a atención especializada, evaluación de riesgos y servicios de telesalud. Este SBHC cumple con la Ley de Luisiana R.S. 37:1262 para la utilización de la telesalud en la práctica de la prestación de atención médica, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento y la transferencia de datos médicos mediante tecnología interactiva. Acepto la divulgación de información de SBHC a la Oficina de Salud Pública, o su agente, en relación con el funcionamiento, la financiación y el control continuo de los SBHC.

Confidencialidad: Los SBHC se adhieren a todas las leyes vigentes con respecto a la confidencialidad de los servicios de salud en general y específicamente en lo que se refiere a los servicios de menores. Todos los registros médicos y de salud mental son confidenciales y se mantendrán según las indicaciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Doy mi consentimiento para el intercambio de información de salud relevante entre este SBHC y el proveedor médico personal del estudiante al ser referido para atención médica. Puedo solicitar una copia del Aviso de prácticas de privacidad de la organización que describe cómo se usa y comparte la información de salud. Entiendo que Access Health Louisiana tiene derecho a cambiar este aviso en cualquier momento. Puedo obtener una copia actual poniéndome en contacto con SBHC directamente o visitando accesshealthla.org en línea. Ley de Luisiana R.S. 40:31.3 establece que: Los centros de salud en las escuelas tienen prohibido: (1) Aconsejar o promover el aborto de cualquier manera o remitir a cualquier estudiante a cualquier organización para asesorar o promover el aborto. (2) Distribuir en cualquier escuela pública cualquier medicamento, dispositivo u otro producto similar anticonceptivo o abortivo. Para denunciar violaciones de las prohibiciones contra el asesoramiento, la defensa o la remisión del aborto; o distribución de anticonceptivos, dispositivos de medicamentos abortivos u otros productos similares, comuníquese con el Programa de Salud Escolar para Adolescentes en la Oficina de Salud Pública al 504.568.3504.

Yo, como padre/tutor legal, entiendo que no se me cobrará por ninguno de los servicios proporcionados en el SBHC. También entiendo que Access Health Louisiana, que opera este SBHC, puede facturar a Medicaid u otros proveedores de seguros por estos servicios. Autorizo/asigno los pagos de los beneficios autorizados directamente a Access Health Louisiana. Mi firma a continuación reconoce que doy permiso para que este estudiante reciba los servicios proporcionados por el programa. Este consentimiento es efectivo mientras el estudiante esté inscrito en una escuela de este distrito escolar, a menos que se notifique por escrito al SBHC que ya no deseo que el estudiante reciba los servicios. La firma a continuación también reconoce que doy permiso para que el proveedor médico obtenga el historial de medicamentos de este estudiante.

____ Marque si acepta que la foto de su hijo se use para promover los servicios de salud en la escuela, en Access Health Louisiana o en el sitio web de la escuela y/o en las redes sociales.

Nombre impreso del padre/tutor legal (o estudiante mayor de 18 años)

Relación con el estudiante

Firma del padre/tutor legal (o estudiante mayor de 18 años)

Fecha