



Life In Community • Vida En Comunidad

Escuela _____

Grado _____

Estudiante
 Hermano(a) de
 Estudiante

Consentimiento a los Servicios de Telesalud del centro escolar de PVHC

Información del Estudiante	Nombre del Estudiante:			Fecha de Nacimiento:		
	Calle:			No. de Apartamento:		Código Postal:
	Ciudad:			En base al consentimiento del Padre o Apoderado el uso de teléfono y correo electrónico del estudiante podrá ser usado.		
	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Número de teléfono del estudiante:		Correo electrónico del estudiante:	
	Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> No deseo reportar		<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleno del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo-Americano/Nativo del Alaska	
	Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano		El estudiante es paciente de ProjectVida Health Center		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Estudiante sin hogar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

PARENT INFORMATION	1. Nombre del Padre o Apoderado:		Telefono:	Telefono-Alternativo:	Relación con el estudiante:
	2. Nombre del Padre o Apoderado:		Telefono:	Telefono-Alternativo:	Relación con el estudiante:
	Nombre del Contacto de Emergencia:		Telefono:	Telefono-Alternativo:	Relación con el estudiante:
	Correo electrónico del Padre o Apoderado:		Otorga permiso de contactar al estudiante para telesalud a través de su correo electrónico personal y/o su teléfono, ya sea por mensaje voz o de texto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

INSURANCE	El tiene seguro?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tipo de seguro:		<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> CHIP
	Si el estudiante no tiene seguro, un Navegador puede asistirle a encontrar un plan de seguro apropiado o inscribirlo al programa de descuento de Project Vida Health Center.					
	Nombre de seguro principal			No. de ID de seguro		
	Nombre de seguro secundaria			No. de ID de seguro		
Nombre de seguro dental			No. de ID de seguro			

CONSENTS FOR PROJECT VIDA HEALTH CENTER SERVICES

Soy el padre/madre con custodia o apoderado legal del menor aqui mencionado. Entiendo que no es necesario que asista a las citas pediatricas de mi hijo/a pero puedo elegir hacerlo. Autorizo a Project Vida Health Center tratar a mi hijo en mi ausencia y, si es necesario, un adulto autorizado puede acompañar a mi hijo/a. El adulto autorizado puede ser un empleado de Project Vida Health Center, un empleado de Clint ISD, y/o un adulto nombrado por el padre/madre o guardian.

Entiendo que debo estar presente en la cita inicial de los servicios de Salud Mental y en cada cita de Psiquiatria.

Autorizo y consiento a que este menor reciba los siguientes servicios de Project Vida Health Center y sus proveedores afiliados en virtud de los siguientes términos. Los servicios pueden incluir pero no están limitados a:

- Los servicios incluyen pero no estan limitados a inmunizaciones, exámenes medicos de bienestar, exámenes físicos para deportes, atención medica para enfermedades y lesiones menores, manejo de enfermedades cronicas, servicios de salud mental, y educación de salud basica.
- Exámenes físicos completos, incluyendo los requeridos por la escuela, deportes, papeles de trabajo, y nueva admisiones
- Analisis de laboratorio a criterio del proveedor.
- Cuidado y tratamiento medico, incluyendo el diagnóstico de enfermedades cronicas y agudas así como la prescripción y entrega de medicamentos.
- Servicios de salud mental, incluyendo consejería, terapia, apoyo de grupo, evaluaciones, diagnostico, tratamiento y referimientos.
- Servicios de salud reproductiva, incluyendo anticonceptivos, pruebas de embarazo, pruebas y tratamiento de ETS, prueba de VIH y referencias por resultados anormales, acorde a la edad apropiada en virtud del Código de Familia de Texas.
- Educación y consejeria para la prevención de comportamientos riesgosos como: drogas, alcohol y abuso del tabaco, así como educación para la prevencion del embarazo, infecciones de transmisión sexual y VIH, en virtud de la idoneidad de la edad.

*Vea la informacion adjunta relacionada a los servicios de salud reproductiva y consentimiento paterno

Consentimiento para: Servicios Pediatricos Servicios de Salud Mental

Firma de padre/madre o apoderado: _____ Fecha: _____

He leído y entiendo los servicios anteriormente mencionados y consiento a que mi hijo/a reciba cuidado, tratamiento médicos y pruebas de diagnóstico Project Vida Health Center considere necesarias para mi hijo.

DISCLOSURES, RELEASES & AUTHORIZATIONS

Autorizo a la enfermera de la escuela/representante escolar, al departamentos de salud publica local, dentista, y/o proveedor médico para que obtengan los registros médicos completos de mi hijo, los cuales podrían incluir registro de vacunas, registros dentales, analisis de laboratorio, resultados de radiografia, estatus de VIH, problemas de abuso de sustancias y de salud mental.

Se proporcionara un resumen clinico en la mayoría de las visitas. Este resumen medico tendra la informacion de salud personal de mi hijo, la cual incluye pero no esta limitada a: el nombre del paciente, fecha de nacimiento, diagnostico medico, medicinas y educación sobre la salud. Este resumen puede llevarse a cabo a través de una llamada telefonica o si esta tiene acceso a nuestra aplicacion the HEALOW.

He tenido la oportunidad de formular preguntas y estas han sido respondidas en un idioma que entiendo. Además, acepto que me sujeto a los terminos del presente consentimiento. Entiendo que este documento permanecera en vigencia hasta que lo revoque por escrito.

Reconozco haber recibido notificacion de practicas de privacidad el dia de hoy antes de firmar.

Reconozco que algunos de estos servicios pueden llevarse a cabo de manera virtual o en persona, dependiendo del criterio medico del proveedor de salud, y en base del las necesidades del cliente.

Al firmar al final, yo reconozco que en caso de una emergencia, los servicios de emergencia pueden ser contactados en base del criterio del proveedor.

Entiendo que puedo recibir una factura por concepto de copago o coaseguro. Se me ha comunicado el Acuerdo Financiero de Project Vida Health Center.

Estoy de acuerdo con los terminos y informacion arriba mencionada. Doy mi consentimiento por mi propia volu

Firma de padre/madre o apoderado: _____ Fecha: _____