(Place patient label here if blank)

Akron Children's Hospital

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS MÉDICOS COMPLEMENTARIOS EN LA ESCUELA

Nombre de la escuela:				
COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN DE ABAJO, complete en letra de molde con bolígrafo (los formularios incompletos no se aceptarán)				
PRIMER NOMBRE (del estudiante)		APELLIDO (del estudiante)		
Sexo: Masculino Femenino (asignado al nacer)	Fecha de nacimiento: (mes/día/año)	Edad	Grado	
Pronombres que prefiere: (él/ella/elles)	Idioma preferido:	Dirección		
Teléfono de casa	Celular	Ciudad	Código postal	Estado
¿Tiene un médico de atención primaria? ☐ SÍ (mencione abajo) ☐ NO Nombre del médico: Teléfono:		Nombre de la farmacia: Dirección:		

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR			
Primer nombre:	Apellido:	Teléfono	Relación con el estudiante:

INFORMACIÓN NECESARIA DEL SEGURO (DEBE MARCAR LA CASILLA CORRESPONDIENTE)	
Nombre del seguro:	
Dirección del seguro:	
Nombre del asegurado principal/N.º de ID	Fecha de nacimiento del asegurado principal:
MMIS:	N.º de grupo:
☐ NINGUNO, comuníqueme con el asesor financiero de Children's	
Todos los servicios prestados se facturan al seguro. Si usted no tiene seguro, Children's lo comunicará con ayuda económica. A ningún menor se le deniegan servicios por falta de capacidad de pago.	

HISTORIA MÉDICA DEL ESTUDIANTE

Alergias: ☐ SÍ (mencione abajo) ☐ NO

Medicamentos: ☐ SÍ (mencione abajo) ☐ NO

Otros problemas médicos/preocupaciones médicas: ☐ SÍ (mencione abajo) ☐ NO

CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS EN UN CENTRO MÉDICO EN LA ESCUELA

Firmando abajo declaro que leí y entiendo las hojas de información sobre las vacunas complementarias de los CDC y mi firma da el consentimiento para que mi hijo reciba las vacunas designadas como se indica en este formulario. Además, acepto que informaré de inmediato y por escrito al centro médico de la escuela sobre cualquier cambio en la salud física o dental de mi hijo, y sobre cualquier cambio en la custodia de mi hijo que afecte mi capacidad para dar este consentimiento en nombre de mi hijo.

NOTA: En algunos casos, la ley de Ohio permite que un menor dé su consentimiento para recibir atención médica sin el consentimiento de sus padres. Por ejemplo, no es necesario el consentimiento de los padres para los anticonceptivos, las pruebas de embarazo y la atención prenatal; las pruebas y el diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual; las pruebas del VIH; el tratamiento de condiciones relacionadas con el consumo de drogas y alcohol, y ciertos servicios de salud mental para pacientes ambulatorios. Además, no es necesario el consentimiento de los padres para administrar tratamientos de primeros auxilios o en una emergencia.

Nombre en letra de molde del padre/madre/tutor	Firma del padre/madre/tutor	Fecha	Hora
Escriba en letra de molde el nombre del testigo n.° 1 que firmará el consentimiento verbal (solo personal de atención médica)	Firma del testigo n.º 1	Fecha	Hora
Escriba en letra de molde el nombre del testigo n.° 2 que firmará el consentimiento verbal (solo personal de atención médica)	Firma del testigo n.º 2	Fecha	Hora

AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Leí y entiendo la revelación de información médica de la página del apéndice de este formulario. Mi firma indica mi consentimiento para que se revele la información médica del estudiante mencionado arriba al distrito escolar del estudiante. Esta autorización es válida mientras mi hijo sea estudiante de la escuela, a menos que yo la revoque escribiendo a Children's.

Nombre en letra de molde del padre/madre/tutor	Firma del padre/madre/tutor	Fecha	Hora
Escriba en letra de molde el nombre del testigo n.° 1 que firmará el consentimiento verbal (solo personal de atención médica)	Firma del testigo n.º 1	Fecha	Hora
Escriba en letra de molde el nombre del testigo n.° 2 que firmará el consentimiento verbal (solo personal de atención médica)	Firma del testigo n.º 2	Fecha	Hora

FM00152
Rev. 9/23

★ S B H C ★

(Place patient label here if blank)

Akron Children's Hospital

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS MÉDICOS COMPLEMENTARIOS EN LA ESCUELA

SERVICIOS DEL CENTRO MÉDICO DE LA ESCUELA

En este documento, el uso del término “yo” se referirá a “mí o a mis padres o tutores”. El uso del término “mí”, “yo” o “mío” se refiere al estudiante. El uso de “Children's” se refiere a Akron Children's Hospital, sus médicos, enfermeros, otros proveedores de atención médica, empleados, médicos tratantes y otros médicos, y sus ayudantes o designados.

Yo o mis padres o tutores damos nuestro consentimiento para que los médicos, enfermeros, otros proveedores de atención médica y empleados de Akron Children's Hospital, los médicos tratantes y otros médicos, o cualquiera de sus ayudantes o designados, hagan todo lo que sea necesario para diagnosticar, tratar y atender las necesidades del estudiante mencionado arriba. Children's es un hospital universitario y entiendo y acepto que las personas que están en capacitación, incluyendo, entre otros, becarios, residentes y estudiantes, pueden ayudar o participar en mi atención. Entiendo y acepto que Children's puede tomarme fotos, grabarme en video o audio y usar esto con fines clínicos, de educación interna, legales y de mejora de calidad. Entiendo y acepto que Children's puede, a su discreción, prestarme ciertos servicios por medios remotos llamados “telesalud”. Children's puede conservar, preservar y usar o eliminar adecuadamente cualquier tejido, muestra, parte u órgano que se quite durante las operaciones o procedimientos. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se garantizan los resultados de mi examen o tratamiento en Children's.

RESPONSABILIDAD ECONÓMICA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Acepto pagar todas las facturas por mi atención, incluyendo las facturas que los beneficios del seguro no pagan. Esto incluye facturas de Children's, médicos u otras entidades que prestaron servicios durante mi atención. Autorizo a Children's a facturar a mi compañía de seguros y pido que los pagos se hagan directamente a Children's. Cedo a Children's, a mis médicos y a otros profesionales de atención médica que participen en mi atención, todos mis derechos y reclamos de reembolso según cualquier póliza de seguro médico privado, Medicare, Medicaid, Tricare o cualquier otro programa que disponga de beneficios para pagarle a Children's los servicios que me prestaron u otros pagos o resoluciones. Si elijo pagar ciertos servicios de mi bolsillo y ejerzo mi derecho a limitar la revelación de la información a mi pagador sobre esos servicios, entiendo que se establecerá un acuerdo económico. Acepto cooperar y dar información completa y precisa, según sea necesario, para determinar si soy elegible para esos beneficios.

DERECHOS DEL PACIENTE/INFORMACIÓN SOBRE LA PRIVACIDAD: Entiendo que tengo derecho a participar en las decisiones de mi atención médica y plan de tratamiento. Recibí, leí o me explicaron, y confirmo que recibí los siguientes documentos o información, y que se respondieron todas mis preguntas.

- Derechos y responsabilidades del paciente
- Procedimiento de quejas/quejas formales
- Intercambio de información médica
- Folleto de Aviso de privacidad de la HIPAA
- Consultorios médicos
- Información de directiva anticipada (pacientes mayores de 18 años)
- Información de atención gratuita en el hospital
- "Un mensaje importante de Medicare" (pacientes de Medicare)
- "Un mensaje importante de Tricare" (pacientes de Tricare)

AUTORIZACIÓN PARA COMUNICAR: Entiendo que Children's usa diversos métodos de comunicación, incluyendo llamadas de voz, llamadas computarizadas, mensajes de texto computarizados, correo electrónico, fax, llamadas marcadas automáticamente y mensajes pregrabados para compartir resultados clínicos/médicos, programar citas, enviar recordatorios de citas, obtener comentarios de los pacientes y comunicar/hablar sobre las responsabilidades económicas. Firmando este formulario, doy permiso a Children's de usar todos los teléfonos y direcciones de correo electrónico que di para comunicarse conmigo con relación a esta y a futuras visitas. Se me dará la oportunidad de dejar de recibir futuros comunicados por mensaje de texto, correo electrónico o teléfono en cualquier momento. Entiendo que mi exclusión voluntaria de futuros comunicados por mensaje de texto, correo electrónico o teléfono no afectará, directa o indirectamente, mi derecho a recibir servicios de atención médica de Children's.

TODOS LOS PACIENTES CON COBERTURA DE MEDICAID. Me preguntaron si algún otro seguro que no sea Medicaid puede cubrir los servicios que presta Children's. Si hay otra cobertura de seguro, le di esa información a Children's.

Prácticas de privacidad
El Aviso de prácticas de privacidad de Children's está disponible, cuando se pida, en cualquier edificio del distrito escolar donde se presten servicios. También puede ver el Aviso de prácticas de privacidad en línea en https://www.akronchildrens.org/pages/Privacy-Policy.html. El Aviso de prácticas de privacidad de Children's describe cómo Children's podría usar y revelar su información médica o la de su hijo y cómo usted puede acceder a su información médica o a la de su hijo.

AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA
Firmando la Autorización para la revelación de información médica, usted autoriza que Children's comparta su información médica o la de su hijo, en relación con los servicios que el centro médico de la escuela le presta a usted o a su hijo, con el distrito escolar, incluyendo los enfermeros, consejeros, maestros y trabajadores sociales del distrito escolar que participen en su atención o en la de su hijo para el tratamiento. Excepto por lo dispuesto arriba y en el Aviso de prácticas de privacidad de Children's, Children's no revelará su información médica ni la de su hijo sin su autorización por escrito.

Entiendo que no tengo que permitir la revelación de la información médica de mi hijo para que reciba tratamiento, y que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y revocar mi autorización escribiendo al centro médico de la escuela. Sin embargo, después de que se haya hecho una revelación, entiendo que mi revocación no cubre la información revelada antes de la revocación. También entiendo que la información médica revelada según esta autorización la podría revelar nuevamente el destinatario y ya no estaría protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

Período de tiempo para el que se autoriza la revelación de información:
A partir de: Fecha en que se firma el formulario en la página opuesta
Hasta: Fecha en que el estudiante ya no está inscrito en la escuela